

高等医学院校艾滋病防治
与禁毒课程创新教材

艾滋病
与药物滥用

主　编　李　燕　陆　林
副主编　李建华　张建萍　贾曼红

云南出版集团
云南人民出版社


ISBN 978-7-222-10857-8
定价：32.00元



高等医学院校艾滋病防治
与禁毒课程创新教材

艾滋病与药物滥用

主　编　李　燕　陆　林
副主编　李建华　张建萍　贾曼红

云南出版集团公司
云南人民出版社

图书在版编目（CIP）数据

艾滋病与药物滥用 / 李燕，陆林主编. — 修订本. — 昆明：云南人民出版社，2013.5

ISBN 978-7-222-10857-8

Ⅰ.①艾… Ⅱ.①李… ②陆… Ⅲ.①获得性免疫缺陷综合征—医学院校—教材 Ⅳ.①R512.91

中国版本图书馆CIP数据核字（2013）第086180号

策划组稿：李银和
责任编辑：冯 琰 王以富 陈 晨
装帧设计：杨晓东
责任印制：马文杰

书　　名	**艾滋病与药物滥用**
作　　者	李 燕 陆 林 主编 李建华 张建萍 贾曼红 副主编
出　　版	云南出版集团 云南人民出版社
发　　行	云南人民出版社
社　　址	昆明市环城西路609号
邮　　编	650034
网　　址	www.ynpph.com.cn
E-mail	rmszbs@public.km.yn.cn
开　　本	787×1092 1/16
印　　张	19
字　　数	470千
版　　次	2010年2月第1版 2014年2月第2版第2次印刷
印　　数	3001-7000册
排　　版	云南福保东陆印刷股份有限公司
印　　刷	云南华达印务有限公司
书　　号	ISBN 978-7-222-10857-8
定　　价	32.00元

编委会名单

主　编　李　燕　陆　林

副主编　李建华　张建萍　贾曼红

编　委　（按姓氏笔画排序）

马艳玲　云南省疾病预防控制中心
马景孚　云南省疾病预防控制中心
王　珏　云南省疾病预防控制中心
方清艳　云南省疾病预防控制中心
邓　虹　昆明医科大学
劳云飞　云南省艾滋病关爱中心
闵向东　云南省疾病预防控制中心
张存敏　云南省药物依赖防治研究所
张建萍　昆明医科大学
张琬悦　云南省疾病预防控制中心
杨志芳　云南省疾病预防控制中心
李佑芳　云南省疾病预防控制中心
李建华　云南省药物依赖防治研究所
李　洪　云南省疾病预防控制中心
李培凯　云南省药物依赖防治研究所
李　燕　昆明医科大学
陆　林　云南省疾病预防控制中心　昆明医科大学
罗　健　云南省药物依赖防治研究所
周曾全　云南省艾滋病关爱中心
宝福凯　昆明医科大学
段　勇　云南省健康教育所
贾曼红　云南省疾病预防控制中心
童吉渝　云南省社会科学院
潘颂峰　云南省疾病预防控制中心

前　言

艾滋病是20世纪80年代初发现的新型传染病，医学名为“获得性免疫缺陷综合症”（acquired immunodeficiency syndrome，AIDS）。艾滋病是由艾滋病病毒（人类免疫缺陷病毒human immunodeficiency virus，HIV）引起的一种严重传染病，艾滋病病毒侵入人体后破坏人体的免疫力，使人体发生多种难以治愈的机会性感染和肿瘤，最终导致死亡。在过去的30余年里，艾滋病在全球迅速传播和蔓延，造成了上千万青壮年劳动力及妇女和儿童的死亡，严重制约了经济、社会的发展，成为当今首要的公共卫生问题。

1981年美国报告了首例艾滋病病例，据联合国艾滋病规划署和世界卫生组织联合公布，自2011年底，全世界累积存活HIV感染者/病人已达到3420万人；当年全球新增HIV感染者250万，有170万人死于与艾滋病有关的疾病。中国于1985年首次报告发现艾滋病病人，为输入性病例。1989年在云南省瑞丽市注射吸毒人群中一次检测出146例HIV感染者，标志着艾滋病病毒在我国流行的真正开始。至2011年12月31日，全国累计报告HIV感染者和艾滋病病人444712例，国家卫生部与联合国艾滋病规划署和世界卫生组织估计，截至2011年底，中国存活HIV感染者和艾滋病病人约78万人。

药物滥用（drug abuse）一般是指违背了公认的医疗用途和社会规范而使用的任何一种药物。这种使用往往是自行给药，因而对用药者的健康和社会都会造成一定损害。药物滥用也称物质滥用，是国际通用术语。我国将滥用麻醉药品等称“吸毒”，是指大量反复使用与医疗目的无关的依赖性药物或物质，包括成瘾性及习惯性药物，引起身体依赖性和精神依赖性。

目前全球非法使用的成瘾性物质主要有阿片类、可卡因、大麻及苯丙胺类兴奋剂。根据联合国毒品和犯罪问题办公室2010年估计，如果包括只是尝试使用而不一定真正成瘾的话，全球估计有2.3亿使用非法成瘾性物质者。截至2011年底，中国累计登记在册吸毒人数为179.4万人。

毒品滥用与艾滋病感染紧密相关，药物依赖者采用注射方式使用毒品，使共用注射器注射毒品成为感染和传播HIV的重要渠道。2011年云南的监测数据表明，注射使用毒品人群中HIV感染率达到18.8%。

防治艾滋病与禁毒关系到人民身体健康，关系到民族素质和国家未来。艾滋病的预防、治疗与控制工作受到党和政府的高度重视。1988年，国家卫生部出台了《艾滋病监测管理的若干规定》，2003年，我国政府提出了“四免一关怀”政策，2006年国务院颁布了《艾滋病防治条例》等，建立了国务院防治艾滋病性病协调会议制度，对遏制艾滋病的传播和流行做出了一系列重大决策，采取了一系列重大措施。我国始终坚持综合防治、依法防治、科学防治，发挥专业人员和群防群治的作用，有力地控制了疫情上升的速度。



2004年10月，时任国家主席胡锦涛对云南毒品及艾滋病问题作出重要批示："采取有效措施，帮助云南真正打一场禁毒、防治艾滋病的人民战争，确保取得成效。"2005~2007年云南省完成了第一轮禁毒防艾人民战争，有效遏制了艾滋病的流行蔓延，禁毒工作呈现"一升两降四遏制"的积极变化，即：境内毒品和境外易制毒化学品价格大幅上升；境外罂粟种植面积和该省参与毒品犯罪人数下降，境外大宗毒品、海洛因等传统毒品、境内新生吸毒人员、涉毒违法犯罪案件四个方面的上升势头得到有效遏制。为巩固成效，2008~2010年实施了第二轮禁毒、防艾人民战争，2011年再次启动第三轮禁毒、防艾人民战争。

本教材由云南省乃至全国在艾滋病预防、治疗、控制和禁毒方面有丰富教学、科研及实践经验的一线专家、教授，依据国际、国内艾滋病与药物滥用的流行特点、影响因素、危害及预防、控制成果，结合多年艾滋病防治与禁毒的实践经验和体会，分17章全面介绍了艾滋病与药物滥用的相关知识。关于艾滋病及其预防、治疗和控制部分，重点介绍了艾滋病流行病学、艾滋病与社会性别、艾滋病健康教育、高危人群行为干预、艾滋病的咨询检测、艾滋病/感染者综合服务、艾滋病的临床与治疗、预防艾滋病母婴传播、艾滋病职业暴露等内容；关于药物滥用部分，重点介绍了成瘾性物质、药物依赖的流行病学、药物依赖社会心理学原因、药物依赖的应对策略、药物依赖与艾滋病、减少危害的有效措施以及如何减少社会歧视和耻辱等内容。本教材还附有艾滋病防治与禁毒的主要法律、政策，并提供了国际、国内艾滋病防治与禁毒相关法律、政策的网站供读者查询。教材内容突出国际与本土相结合、前沿技术与基础知识相结合、理论与实践相结合，融合预防医学、临床医学、人文社会学、社会医学、行为医学、政治经济学及法律等多学科知识。教材编写既突出系统理论，又融入国内外最新的科研成果和现场工作经验，并提供了真实案例。

本书自2009年出版第一版以来，全球禁毒防艾工作发展迅速，修订工作十分必要。本版内容在全面修订的基础上，重点调整了病毒学章节，补充了减少和消除艾滋病社会歧视与耻辱的内容；在编辑中，将参考阅读部分调整成仿宋体小字。

《艾滋病与药物滥用》是一本适宜于医学生及相关专业学生学习的通适教材。培养对象主要为医学院校在校的医学及相关学科学生，培养目标是使医学生全面、系统地学习艾滋病的预防、治疗、控制和药物滥用与禁毒相关知识，建立防范意识，增强应对艾滋病和药物滥用的能力。教材可供医学及相关专业学生在不同年级选择不同章节学习，突出学生对问题认知的阶段性。本书还为艾滋病预防、治疗、控制和禁毒的一线工作者、行政领导、社会工作者提供了一本知识系统、内容新颖、重点突出、操作性强的学习、工作参考书。

不当之处敬请批评指正。

编　者
2013年2月

目　　录





第一章　艾滋病流行病学

本章介绍艾滋病病毒生物学特点，重点阐述全球、中国艾滋病的流行模式及云南省艾滋病的流行趋势和特征，根据艾滋病流行强度和传播模式差异较大的特点，分析影响流行和传播的主要因素，艾滋病流行和传播对个人、家庭和社会所造成的危害。

第一节　HIV的基本生物学特点

一　形态与结构

成熟的病毒直径100～120nm、20面体对称结构、球形，电镜下可见一致密圆锥状核心，内有病毒RNA分子和酶，后者包括逆转录酶（reverse transcriptase）、整合酶（integrase）和蛋白酶（protease）。HIV由包膜、衣壳和核心3层构成。HIV的最外层为脂蛋白外包膜，膜上有表面蛋白（gp120）和相嵌蛋白（gp41）两种糖蛋白，gp120为刺突，gp41为跨膜蛋白。内包膜由p17构成，其内面的为基质蛋白（matrix），衣壳由衣壳蛋白（p24）组装而成，核心的为RNA、逆转录酶、整合酶。HIV的结构见图1-1，电镜形态见图1-2。



图1-1　HIV病毒结构图



图1-2　电镜下HIV形态（×33 000）

二　培养特性

将病人自身外周或骨髓中淋巴细胞经PHA刺激48～72小时作体外培养（培养液中加IL2）1～2周后，病毒增殖可释放至细胞外，并使细胞融合成多核巨细胞，最后细胞破溃死亡。亦可用传代淋巴细胞系如HT-H9、Molt-4细胞作分离及传代。

HIV动物感染范围窄，仅黑猩猩和长臂猿，一般多用黑猩猩做实验。用感染HIV细胞或无细胞的 HIV滤液感染黑猩猩，或将感染HIV黑猩猩血液输给正常黑猩猩都感染成功，连续8个月在其血液和淋巴液中可持续分离到HIV，在3～5周后查出HIV特异性抗体，并继续维持一定水平。但无论黑猩猩或长臂猿感染后都不发生疾病。

三　抵抗力

HIV对热敏感。56℃30分钟失去活性，但在室温保存7天，仍保持活性。不加稳定剂病毒 -70℃冰冻失去活性，而35%山梨醇或50%胎牛血清中-70℃冰冻3个月仍保持活性。对消毒剂和去污剂亦敏感，0.2%次氯酸钠0.1%漂白粉，70%乙醇，35%异丙醇、50%乙醚、0.3%H_2O、20.5%来苏尔处理5′ 能灭活病毒，1%NP-40和0.5%triton X-100能灭活病毒而保留抗原性。对紫外线、γ射线有较强抵抗力。

（宝福凯）

第二节　艾滋病的传染源、传播途径和人群易感性

一　传染源

艾滋病病人和艾滋病病毒感染者是本病的唯一传染源，从感染病毒到死亡的整个过程都可以通过体液交换将艾滋病病毒传播给他人。处于艾滋病急性感染阶段的感染者和艾滋病发病期的病人，体内艾滋病病毒大量复制，病毒载量较高，传染性较强。

因艾滋病从感染到发病的潜伏期较长，潜伏期内无临床症状，难以发现和识别，感染者活动范围较广，加之绝大多数的感染者为处于性活跃期的青壮年人群，因此从流行病学的角度来看，无症状的艾滋病病毒感染者是本病最重要的传染源。

二　传播途径

（一）艾滋病病毒传播的基本条件

有效的艾滋病病毒传播必须同时具备以下四个基本条件：

1. 排出：艾滋病病毒必须从艾滋病病毒感染者/艾滋病病人身体内以血液、精液、阴道分泌液或伤口渗出液等体液方式排出体外。

2. 存活：排出的体液内艾滋病病毒必须是活的。

3. 足量：排出的体液内必须有足够数量的能引起感染的病毒。

4. 进入：艾滋病病毒必须经破损皮肤或黏膜进入到其他人的体内。

（二）艾滋病的传播途径

艾滋病病毒主要存在于艾滋病病毒感染者/艾滋病病人的血液、精液、阴道分泌液、伤口渗出液、组织液和乳汁等体液中，任何能够引起体液交换的行为，都有传播艾滋病病毒的可能。已经证实的传播途径有以下三种。

1．性接触传播。男女异性性接触以及男男同性性接触传播是目前全球艾滋病传播的主要途径，全球大约70%~80%的感染者是通过性接触传播，在我国经性接触传播艾滋病的比例在逐渐上升。

艾滋病性接触传播的几率与许多因素有关，如性伴数、性伴的感染状态、性交方式、生殖道炎症及性行为过程中是否有保护性措施等（如是否使用安全套）。一般来说，性伴数越多，感染的几率越大；性伴处于艾滋病感染早期和发病期有更高的传染性；肛交是最危险的性接触行为，因为直肠黏膜由单层柱状上皮细胞组成，较脆弱，易发生破损，且呈弱碱性环境，利于艾滋病病毒存活。性行为的被动方（即接受精液的一方）受感染的几率大于主动方（即插入方）；患有性病，尤其是造成生殖器溃疡的性病如梅毒、生殖器疱疹、软下疳等可使单次性接触的危险性增加2~10倍。

2．血液传播。输入污染了艾滋病病毒的血液或血液制品（如第Ⅷ因子）、移植或接受了艾滋病病毒感染者的器官/组织或精液、与注射吸毒者共用未经消毒的针具都有感染艾滋病病毒的较高危险。目前共用注射器吸毒是我国艾滋病的主要传播途径之一。

此外，使用未经严格消毒的手术器械、针具等可造成医源性传播。医护人员在提供医疗服务时，意外被艾滋病病毒感染者/艾滋病病人的血液/体液污染皮肤/黏膜时，或被污染的针头刺破，也有感染艾滋病病毒的危险性。

3．母婴传播。感染艾滋病病毒的母亲，通过妊娠、分娩和哺乳，有可能把艾滋病病毒传染给胎儿/婴儿。在未采取预防措施的情况下，母婴传播率为20%~45%。

三 非传播途径

在日常生活中，与艾滋病病毒感染者/艾滋病病人握手、拥抱、共同进餐、共用办公用品、钱币、劳动工具等不会感染艾滋病。艾滋病不会经马桶、电话机、餐饮具、卧具、游泳池、浴池等公共设施传播。咳嗽和打喷嚏不传播艾滋病。蚊虫叮咬不会感染艾滋病。

四 人群易感性

不同种族、年龄及性别的人均对艾滋病病毒易感。但根据人们暴露艾滋病病毒的机会，可将人群划分为高危人群和一般人群。高危人群主要包括注射吸毒者、男男性接触者、多性伴者、卖淫嫖娼者、艾滋病病毒感染者/艾滋病病人的配偶或性伴、接受被艾滋病病毒污染的血液及血制品者，以及感染艾滋病病毒母亲所生的婴儿等。



第三节　全球艾滋病的流行状况

1981年美国报告了首例艾滋病病例，两年后的1983年，法国和美国的研究人员分别分离出导致该疾病的病毒—人类免疫缺陷病毒。之后，艾滋病在全球迅速蔓延，据世界卫生组织（WHO）和联合国艾滋病规划署（UNAIDS）公布的数字，截至2011年底，由于抗病毒治疗，艾滋病死亡人数减少，全球存活艾滋病病毒感染者/艾滋病病人数较以往多，达到 3420万（3180万~3590万）。近年来，由于各国广泛开展预防和抗病毒治疗，全球每年新增感染人数和艾滋病死亡人数有所下降。

全球2011年当年新感染人数为250万（220万~280万），较2001年下降20%，15~24岁年轻人占成人新感染人数的比例达到40%。2011年死于艾滋病的人数为170万（160万~190万），较2005年下降24%。每天超过6800人感染上艾滋病病毒，4600人死于艾滋病。

表2-1　全球艾滋病疫情地区分布(截至2011年底)

地区	感染者人数（万人）	当年新感染数（万人）	当年死亡数（万人）
亚撒哈拉非洲	2350（2220~2470）	170（160~190）	120（110~130）
中东和北非	33（25~45）	3.9（2.9~6）	1.4（0.86~2.8）
南亚和东南亚	420（310~470）	30（22~34）	27（14~60）
东亚	83（62~96）	8.9（4.4~17）	6（4.2~8.3）
大洋洲	5.3（4.7~6）	0.29（0.22~0.38）	0.13（0.1~0.18）
拉丁美洲	140（110~170）	8.6（5.2~14）	5.7（3.5~8.6）
加勒比海	23（20~25）	1.3（0.97~1.6）	1.0（0.8~1.2）
东欧和中亚	150（130~180）	17（11~22）	9（7.4~11）
西欧和中欧	86（78~96）	3（2.1~4）	0.93（0.83~1）
北美	140（110~200）	5.8（2.1~13）	2（1.6~2.7）
合计	3420（3180~3590）	250（220~280）	170（160~190）

亚撒哈拉南部地区一直是全球艾滋病流行最为严重的地区，艾滋病位居当地死因之首，许多非洲国家，特别是南部非洲国家的一般人群中艾滋病呈现广泛流行（generalized epidemic），其余国家和地区艾滋病的流行主要集中在男男性接触人群、注射吸毒者、性工作者和嫖客等高危人群集中流行（concentrated epidemic）。

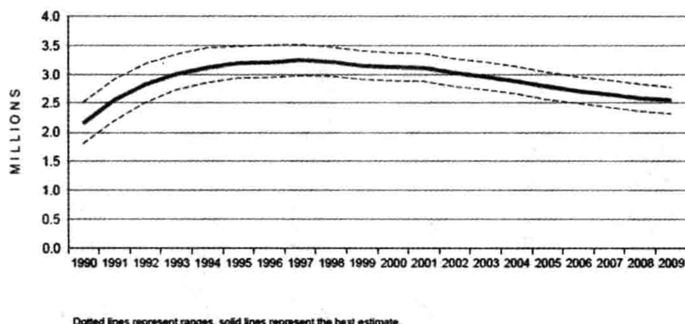


图2-1　全球年度艾滋病病毒新感染人数呈下降趋势

第四节　中国艾滋病的流行状况

一　艾滋病流行状况

中国于1985年首次报告发现艾滋病病人，在随后的几年里，一些大中城市零星报告有散在的艾滋病病例（均在境外感染）。直到1989年在云南省瑞丽市注射吸毒人群中一次检测出146例艾滋病病毒感染者，才标志着艾滋病病毒在我国流行的真正开始。直到现在，经注射吸毒共用注射器传播仍然是中国艾滋病传播的主要方式之一。

1989年至1995年间，艾滋病的流行明显地呈现由西南边境向内地辐射的蔓延趋势。1995年在四川和新疆的吸毒人员中相继发现了艾滋病病毒感染者，随后，艾滋病在这些地区吸毒人群中蔓延势头急剧加速，并向其他地区的吸毒人群蔓延，全国吸毒严重的省份先后报告了艾滋病在局部地区吸毒人群中的爆发流行。到2002年，全国31个省、自治区和直辖市都在吸毒人群中发现了艾滋病的流行。

1994年底到1995年初，中原地区的河北、安徽、河南等省份在局部地区的单采血浆献血员人群中发现了艾滋病爆发疫情，随后全国十几个省都发现了单采血浆献血员中发生艾滋病流行的现象，2004年开展了全国既往献血员艾滋病疫情筛查，基本查清了这一人群中艾滋病感染情况。20世纪90年代中期，由于多方面的原因，临床用血未经过艾滋病检测，一部分临床受血患者因使用了受艾滋病病毒污染的血液而感染艾滋病，这类感染主要发生在1993年至1995年间，之后，在国家采取保障血液安全的多种措施后，经采供血传播艾滋病的现象基本得到了控制。

艾滋病通过性途径传播的势头在近几年明显上升，主要由于经吸毒感染艾滋病和



经采供血感染艾滋病的感染者/病人通过无保护的性行为传播给配偶或性伴，以及异性间或男性间的多性伴行为造成的传播。目前性行为传播已经成为我国艾滋病传播的主要途径。同时，随着女性感染人数的增加，通过母婴传播造成的儿童感染人数也在增加。

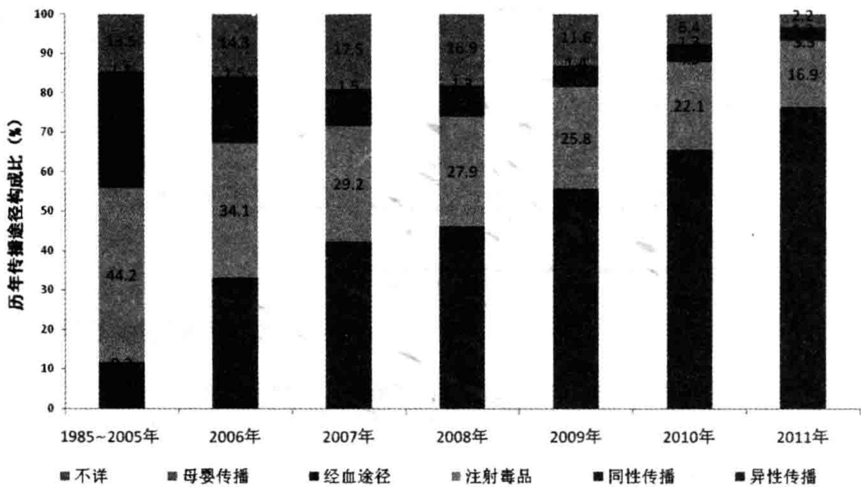


图2-2　中国报告HIV/AIDS传播途径构成

从艾滋病感染发生的时间上来看，中国艾滋病流行有两个较大的流行峰。第一个流行峰发生在20世纪90年代中期，主要是1993~1995年，传播方式以单采血浆操作污染和临床用血污染为主，流行特点为短期集中暴露引起的局部地区及个别人群的爆发流行，采取措施后，流行很快得到了控制。第二个流行峰自1996年开始出现，主要是经过吸毒共用注射器和性途径传播造成，呈现逐年稳步上升的态势。

截至2011年12月31日，中国累计报告艾滋病病毒感染者/艾滋病病人444712例，其中艾滋病病人174399例；报告死亡93003例。注射毒品传播占27.6%；异性性传播占42.4%；同性性传播占6.7%；既往采供血传播占9.1%；输血及使用血制品传播占2.9%；母婴传播占1.3%；传播途径不详占10%。累计报告的艾滋病病毒感染者以20~39岁年龄组为主，占报告总数的65.1%，40岁以上的中老年感染者比例上升；男性占70.2%、女性占29.8%。

中国卫生部、联合国艾滋病规划署和世界卫生组织联合对中国艾滋病疫情进行了估计，截至2011年底，估计中国存活艾滋病病毒感染者和艾滋病病人78万人（62万 ~ 94万人），女性占28.6%；艾滋病（AIDS）病人15.4万人（14.6万 ~ 16.2万人）；全人群感染率为0.058%（0.046% ~ 0.070%）。估计2011年当年新发艾滋病病毒感染者4.8万人（4.1万 ~ 5.4万人），2011年艾滋病相关死亡2.8万人（2.5万 ~ 3.1万人）。

在78万存活艾滋病病毒感染者和艾滋病病人中，经异性传播占46.5%，经同性传播占17.4%；经注射吸毒传播占28.4%， 其中，云南、新疆、广西、广东、四川和贵州6个省（自治区）注射吸毒传播HIV / AIDS估计数之和，占全国该人群估计数的

87.2%；经既往有偿采供血、输血或使用血制品传播占6.6%，其中，河南、安徽、湖北和山西4省的估计数之和占全国该人群估计数的92.7%；经母婴传播占1.1%。

据2011年疫情估计，我国艾滋病疫情呈现以下五个特点。第一，全国艾滋病疫情依然呈低流行态势，但部分地区疫情严重；第二，HIV感染者和AIDS病人数量继续增加，但新发感染人数保持在较低水平；第三，既往HIV感染者陆续进入发病期，AIDS发病和死亡增加；第四，传播途径以性传播为主，所占比例继续增高；第五，感染人群多样化，流行形势复杂化。

二　艾滋病的主要流行因素

我国艾滋病的主要流行因素为注射吸毒共用注射器行为、不安全性行为（婚前／婚外的多性伴性行为、感染者配偶婚内无保护性行为、男男性行为）、人口流动、性观念变化、较为严重的社会歧视以及大众艾滋病知识及防护意识的缺乏。由于中国较大规模的人群中普遍存在多性伴等不安全性行为、共用注射器吸毒行为，加之仍有一半以上的艾滋病感染者／艾滋病病人尚未被发现，中国艾滋病流行的因素广泛存在，短期内疫情将仍然呈现上升的态势。

第五节　云南省艾滋病的流行状况

云南省地处中国西南边陲，国境线长4061公里，与缅甸、老挝和越南接壤，毗邻缅甸、老挝和泰国交界的毒品生产基地“金三角”。25种少数民族占人口总数的34%，全省人均受教育水平较低，是中国社会经济发展较为滞后的省份之一。由于特殊的地理位置，云南省成为国际毒品走私团伙贩卖毒品的重要通道，边境沿线毒品价格相对便宜，毒品获取容易，全省吸毒人数较多。近年来随着市场经济的快速发展，流动人口数量不断增加，流动范围不断扩大。受经济、社会、文化和特殊地理位置等因素的影响，云南省艾滋病疫情十分严重，是中国艾滋病流行最严重的地区之一。

云南省于1987年报告首例艾滋病病人（一名外国旅游者）。1989年在中缅边境注射吸毒人群中首次报告发现146例艾滋病病毒感染者，当时所调查人群的HIV感染率达到45%，为中国内地首次在本国居民中发现的艾滋病流行。

1994~1995年间云南省艾滋病疫情出现了地域上的明显扩散，随后，1995~1997年间全省部分地区注射吸毒人群艾滋病流行出现了快速上升的态势，到2006年，疫情已蔓延至全省16个州（市）的129个县（市、区）。目前报告发现的感染者主要集中在吸毒人数较多的5个州（市）（德宏、红河、文山、临沧和大理），各县（市、区）的感染者人数和人群艾滋病病毒感染率差异较大。



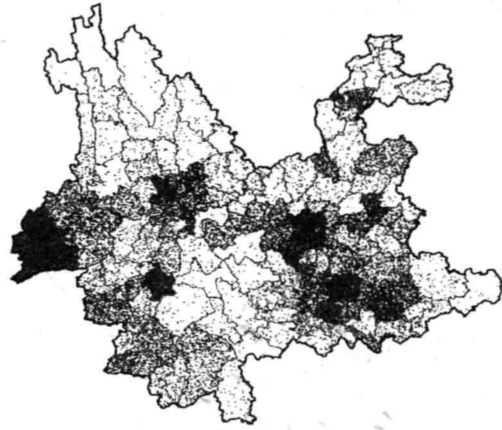


图2-3 云南省报告艾滋病病毒感染者/艾滋病病人地区分布

从传播模式上来看，注射吸毒人群是云南省艾滋病流行的首发人群，1990年后艾滋病通过性传播引入到感染者配偶/性伴人群中，随后很快通过商业性性行为传入到艾滋病的“桥梁人群”（暗娼人群）中，并通过“桥梁人群”传入到一般人群（嫖客、性伴和婴儿等）中。在艾滋病流行10年后的1999年，艾滋病开始传入男男性接触人群，2007~2008年间艾滋病在该人群中的流行出现了快速上升的态势。

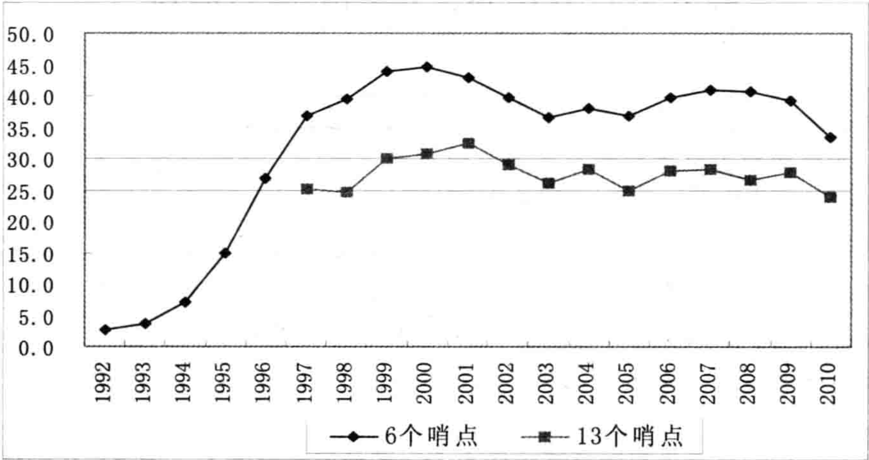


图2-4 云南省注射吸毒人群艾滋病病毒感染率（哨点监测数据）

截至2011年12月，云南省累计报告艾滋病病毒感染者/艾滋病病人95296例（外国籍4851例），占全国的21%，其中艾滋病病人26717例，死亡14971例（因艾滋病死亡7420例）。2011年报告发现的艾滋病病毒感染者/艾滋病病人中，吸毒共用注射器传播占18.8%，性传播占77.9%，母婴传播占1.4%，不详占1.9%。20~39岁年龄组人数占报告总数的77.9%；男性占63.4%、女性占36.6%。

目前云南省艾滋病流行特点：流行范围广，地区差异大；传播模式从注射吸毒传播为主，逐渐发展为注射吸毒传播、性传播和母婴传播并存的局面；近年来性传播明显增加，同性性传播上升幅度较大；流行已从高危人群向一般人群传播。

第六节　艾滋病流行的影响

一　艾滋病对个人的影响

由于目前艾滋病仍然是不可治愈的、致死性的严重传染病，并且没有有效的预防艾滋病病毒感染的疫苗，很多人一旦检测出艾滋病病毒抗体阳性会产生绝望感。同时由于艾滋病的感染常常与一些高危行为（如静脉吸毒、多性伴行为等）有关，感染者常遭到社会歧视，加之自身产生的负罪感使得其精神压力非常大。

调查显示，55.2%的病人在出现机会性感染后一年内死亡。2011年中国艾滋病疫情估计结果显示，当年全国估计艾滋病死亡人数达到2.8万人。累计死亡报告的艾滋病病毒感染者和病人中，约3/4为20~49岁的青壮年，死亡平均年龄为37.6岁。2/3的感染者曾有过长时间的抑郁情绪和自杀念头，少数感染者自杀死亡。歧视艾滋病病毒感染者的社会现象仍较严重。调查显示，约40%的社会大众不愿意与艾滋病病毒感染者接触。

儿童是受艾滋病影响的主要群体之一，他们除了可能由于母亲感染而导致出生时染上艾滋病病毒外，还将承受丧失父母的痛苦。

据估计，全球约有1400万因艾滋病失去单亲或双亲的儿童，其中80%生活在亚撒哈拉以南的非洲地区，由于丧失亲人的照顾，他们中的许多人陷入失去居所、食物和健康等基本生存条件的困境中。社会歧视、失学以及过重的劳动负担等也是受艾滋病影响儿童面临的主要问题。中国的一项调查显示，父母发病使近70%的未成年子女失去对未来的希望，失去对自我价值的认同。个案调查发现，儿童感染者被同伴排斥于学校和集体活动之外现象仍然存在。

二　艾滋病对家庭的影响

由于青壮年劳动力患病和死亡而导致的家庭结构破坏（只剩下老人和小孩）、家庭赡养和抚养能力的下降，以及由于收入减少和医疗费用增加而导致的家庭贫困等。尽管中国在全国范围内实行了“四免一关怀”政策，为感染者/病人免费提供抗病毒治疗药物以及相关检测/治疗费用，艾滋病病人仍需承担部分抗机会性感染治疗和药物毒副反应治疗费用，家庭医疗费用支出明显增加。

调查显示，感染HIV后，57％的人不再工作，只有21％的人继续原来的工作，2％的人换了其他工作，年收入比感染前下降近30％。感染者家庭的人均收入只是未受影响家庭收入的44%~47%。

三　艾滋病对社会经济的影响

由于劳动力丧失以及医疗卫生支出的增加，艾滋病流行将减缓国家的经济增长，增加贫困人口数量。艾滋病流行还严重影响国家的人口发展，导致人均预期寿命、人口数量和人口素质的下降，以及人口结构的改变（青壮年人口构成下降）。



据粗略估计，当成人艾滋病病毒感染率达到20%时，国内生产总值（GDP）的增长平均将下降2.6%。乌干达由于国内1/3的劳动力是艾滋病病毒感染者，国民生产总值已下降了30%；泰国由于艾滋病的严重流行，其经济损失达85亿，国内生产总值降低20%。调查显示，艾滋病不仅抵消了国家扶贫的成果，而且增加了绝对贫困人口的比例，一些国家贫困人口的数量因艾滋病流行增加了5%。

根据联合国人口报告，7个成人艾滋病病毒感染率超过20%的非洲国家的人均期望寿命下降了13岁。在无抗病毒治疗的情况下，斯威士兰、赞比亚和津巴布韦的人均期望寿命将下降到35岁以下。由于艾滋病的流行，到2025年，38个非洲国家的人口总数将减少14%，七个成人艾滋病病毒感染率超过20%的非洲国家的人口总数将减少1/3以上。

参考文献：

1. 联合国艾滋病规划署. 2012 THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC.2012年.

2. 郑锡文.我国艾滋病流行形势及预防与控制成就.中华预防医学杂志.1999.20（6）:131~134.

3. Zheng X W. Tian C Q. Choi K H, et al. Injecting drug use and HIV infection in Southwest China.AIDS.1994(8):1141~1147.

4. 郑锡文、王哲、徐杰等.中国某县有偿献血员艾滋病病毒感染流行病学研究.中华流行病学杂志.2000.21(4):253~255.

5. 张北川.男男性接触者的艾滋病流行与干预：背景、实践与支持.中国性病艾滋病防治.2001.增刊:585~586.

6. 中华人民共和国卫生部、联合国艾滋病规划署、世界卫生组织.2011年中国艾滋病疫情估计.2011年.

7. 马瑛、李祖正、张开祥等.首次在我国吸毒人群中发现艾滋病感染者.中华流行病学杂志.1990.11:184~185.

8. 陆林、贾曼红等.1989~2003年云南省艾滋病流行病学态势分析.中华预防医学.2004.38(5):309~312.

9. 陆林、贾曼红等.云南省1989~2004年艾滋病流行分析.中国性病艾滋病2005.11:178~181.

10. 陆林、贾曼红等.云南省2004年艾滋病流行病流行分析. 中国性病艾滋病.2006.11(3):172~174.

11. 陆林、贾曼红等. 1989~2005年云南省艾滋病流行分析. 中国性病艾滋病.2006.12(6):517~519.

12. 陆林、贾曼红等.The Changing Face of HIV in China. NATURE，2008.(455):609~611.

13. 罗红兵、张小波、付丽茹等.云南省2002年艾滋病病毒感染者/艾滋病病人监测结果分析.中华医学与健康.2006.(12):4~7.

14. 程何荷、张家鹏、贾曼红等.云南省艾滋病病毒感染流行及趋势研究.中国性病艾滋病防治.1995(2)：8~11.

15. 王陇德主编.艾滋病防治工作手册.北京出版社.

16. 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心编著.艾滋病自愿咨询检测工作手册.人民卫生出版社. 2006年版.

17. 王陇德主编.中国艾滋病流行与控制.北京出版社.2006年.

18. 宋丽军、陆林等.艾滋病流行对宏观和微观社会经济的影响.内部资料.2006年.

19. 靳薇主编、艾滋病防治政策干部读本，2003年，中共中央党校出版社.

20. Cohen D. Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. Geneva, UNDP.2002.

21. Porter K. Zaba B. The empirical evidence for the impact of HIV on adult mortality in the developing world: data from serological studies.AIDS.2004.

22. Sackey J. Raparla T. Namibia: the development, impact of HIV/AIDS—selected issues and options. World Bank Report No.22046 - NA.

23. UNDP.HIV/AIDS: implications for poverty reduction. New York.2001.

24. United Nations Population Division. The HIV/AIDS epidemic and its social and economic implications. New York.2003.September.

25. UNICEF. Africa’s orphaned generations.2003.New York.

思考题：

1.艾滋病的生物学特征有哪些?

2.艾滋病的传染源是什么?

3.艾滋病的传播途径是什么?

4.简述影响艾滋病性传播机率的因素.

5.感染艾滋病的高危人群有哪些?

6.全球首例艾滋病病例是何年由哪个国家首次报告的?

7.全球艾滋病新发感染疫情的变化趋势是什么?

8.简述影响中国艾滋病流行的主要因素.

9.云南省艾滋病的流行特点是什么?

10.为什么说儿童是受艾滋病影响的主要群体?

（贾曼红）



第二章　艾滋病与社会性别

本章从社会性别的视角来分析传统观念与传统意识对男女两性在社会经济地位、资源分配上所带来的性别差异。分析社会性别的不平等，暴露男女两性在感染性病和艾滋病的危险性方面有较大差异，揭示性别不平等影响艾滋病的流行与传播。

第一节　社会性别与社会性别关系

社会性别是最近几年运用于艾滋病流行中的分析工具，由于经济地位、资源分配在男女两性间的差异，以及文化、传统观念对男女两性行为约束和影响，使得女性要比男性更易受到艾滋病病毒的侵袭，而男性则比女性更易发生高危行为，更易传播艾滋病病毒。因此，用社会性别的视角和分析工具，来揭示男女两性暴露、感染性病和艾滋病的危险性，更好地理解不同人群在防治性病和艾滋病方面的需求，制定有效的预防干预措施。

一　社会性别的概念

社会性别（gender）是相对于生理性别（sex）而提出的一个概念，是最早出现在20世纪70年代初的国际妇女运动中，80年代后逐渐被联合国等国际组织广泛采用，是一个重要的性别平等分析要素。

社会性别是指男女两性之间存在的社会性差异和社会性关系。即是指在一个特定社会环境中，由社会因素形成的男性和女性的群体特征、角色、活动等差异。强调因社会、经济和文化影响而后天形成的男女之间的社会差异与权力关系，以及由此而产生的社会对男女群体特征、角色、活动、责任和期待与规范，即社会文化中形成的属于男性或女性的群体特征和行为方式，以及基于此种划分的社会性别分工、价值评判和权力结构。

在社会环境下，男女之间的区别由于男人女人生理构造的不同，而产生的性别角色分工的不同。譬如，女人生孩子，而男人不能生孩子，这是生理上的性别角色分工。但在现实社会中这种分工和差异被“自然而然”地延伸和放大，除了生理上的性

别产生的直接分工不同之外，性别差异还更多地表现在社会生活的各个方面，发展出一整套诸如“男强女弱”、“男主女从”、“男尊女卑”、“男理性，女感性”、“男主外，女主内”、“男人挣钱，女人做家务”的行为规范。并且，社会评价对两性并非一视同仁。男性特点通常被视作正统、视作价值标准，而女性特点被视作不够标准的、价值较小的，甚至没有价值的。传统文化定义男性勇敢、理性，女性温柔、感性，并在价值评判中认为理性、勇敢等男性气质高于感性、温柔等女性气质；在大多数社会中，强调男外女内的社会性别分工，鼓励男性在公共领域进行有偿的劳动，承担养家糊口的责任，而女性则被囿于私人领域，主要承担无酬的再生产劳动，负责家务。男性从事的有偿劳动通常被看做高于女性从事的无酬劳动，男性掌握决策权力，而女性处于社会边缘（见表2-1）。美国历史学家琼·W·斯科特所说：“社会性别是基于可见的性别差异之上的社会关系的构成要素，是表示权力关系的一种基本方式。”

社会性别关注男、女之间由于社会结构性原因所形成的差异，社会性别不仅指个体层次上的认同和个性，而是指结构层次上在文化预期和模式化预期下的男子气和女子气。

◇ 因为社会的组织方式，人们的社会性别身份决定了社会如何看待男人和女人，并按一定的模式期待男人和女人的思考和行动

◇ 社会差异和关系因各种具体社会行态和文化形态的不同而有所不同，且随时发生变化

◇ 社会性别观念的形成是一个社会化过程

表2-1　社会对男、女性别不同的期待与规范

传统的社会性别意识	
男性	女性
坚强、勇敢、大气、宽容	温柔、细心、体贴、善良
父亲、养家糊口、决策	母亲、照顾、相夫教子、贤妻良母
英俊、潇洒、责任感	美丽、女人味
领导、主外	顺从、主内
以事业为主	以家庭为主

二　社会性别观念的形成是一个社会化过程

（一）社会性别的社会化过程

◇ 家庭社会中的责任、义务哪些应该由男性承担，哪些应该由女性承担，一直以来都有明确的社会性别分工。

◇ 家庭、学校、大众传播媒体以及其他社会化重要场所不断复制和强化这些分工和规范。

◇ 人们接受了这些规范，内化为自觉的行动。因此，社会性别具有无处不在的影响。

社会性别常常在社会制度（如文化习俗、资源分配、经济体制等）中以及个人

社会化的过程中得到传递和巩固。社会性别角色和意识是一个社会化的过程。传统的社会性别观念和行为限制了男女两性生存和发展的空间。社会性别也是当代妇女理论的核心概念和女权主义学术的中心内容，它区别于以人的生物特征为标志的“生理性别”，指的是以社会性的方式构建出来的社会身份和期待。社会性别理论分析了人类社会中两性不平等的实质和根源，通常认为:男女两性各自承担的性别角色并非是由生理决定的，而主要是后天的、在社会文化的制约中形成的；男女两性在社会中的角色和地位、社会对性别角色的期待和评价（如男高女低、男优女劣）、关于性别的成见和对性别差异的社会认识等等，更主要的是社会的产物，而且又反过来通过宗教、教育、法律、社会机制等得到进一步发挥和巩固，在国家参与运作下被规范化、制度化、体制化、两极化（男女二元对立）、社会期待模式化。

（二）运用社会性别理论研究女性弱势地位的社会成因

性别不平等是维持性别歧视的基本手段，应当而且也可以被改变甚至被清除。近年来中国学者在运用社会性别理论研究女性弱势地位的社会成因方面取得了重要成果。研究发现，我国女性处于弱势社会地位的原因包括历史的惯性、封建思想观念的根深蒂固、家庭的差别对待、社会的偏见与歧视、特别是体制的障碍等等。

社会性别意识下女性的弱势地位

在当前的就业竞争中，女性的生育价值即人类自身生产价值得不到社会的承认和补偿是女性处于弱势地位的直接原因。认为谈恋爱、生孩子会影响工作，给企业带来经济损失，是一些用人单位对应聘女性说“不”的主要理由。除了传统的性别歧视外，从市场自利的角度来看，经济上雇佣成本过高是更深层的原因。也就是说，由于生理和性别分工，女性的生理周期（经期、孕期、产期、哺乳期）的原因，企业所需负担的女性就业成本一般比男性更高，导致用人单位不愿找女性的现象发生。

因此，建立社会性别意识，缩小两性之间的差别，应注意：

◇ 社会性别是以性别规范和社会角色为基础的文化建构。

◇ 性别之间的生理差异不足以直接导致两性间地位的高低之分。

◇ 社会性别是一个不断被构建的动态过程。

◇ 社会性别差异表现具有多样性。

◇ 社会性别差异可以改变，这需要女性的主体意识和全社会平等意识的觉醒。

传统观念下的社会性别教育模式

在对儿童进行的早期教育中，既在人的第二性征还没有显露出来的幼儿时期（3~5岁，甚至更小），“男孩子像男孩子，女孩子像女孩子”传统的培育模式引导人们去塑造男性或女性。换而言之，人的生理性别是先天的，除非通过非人工的方式是不可改变的；但人的社会性别则是后天造就的；在这一过程中，受社会、经济、文化、历史诸多因素的影响，性别意识的教育就在不经意中在每个人的行为模式中灌注。又经历一代代的传承和复制，而成为束缚男女两性的发展。

（三）社会性别的提出——价值评判标准

◇ 性别角色分工将男女划定在公共领域与私人领域。

◇ 传统的性别角色分工存在着不同的价值评判标准。

◇ 二元标准导致对立、僵化、隔离。

◇ 文化习俗、传统规范以及政策的性别导向有可能加剧这种不平等的现象。

（四）社会性别的提出——资源利用与控制

◇ 妇女是天性弱吗？与男子比较，妇女在利用和控制资源方面机会少，才使妇女处于劣势位置。

◇ 资源机会分配不公正。性别不平等常常通过社会组织政府机构，通过村规民约、法律条款或规定表达出来，成为制度性的规范。

◇ 和谐社会的构建就是要推进资源、机会分配与享用上的公平与公开。

三　社会性别关系运作模式

社会性别不仅仅体现为个人或社会的观念，还渗透到人类行为规范与社会制度的方方面面。在传统性别文化习俗、教育、宗教、法律、政策的作用下，特定的社会性别观念会进一步得到巩固和加强，彼此间形成环环相扣、互为因果的性别关系运作模式（图2-1）。

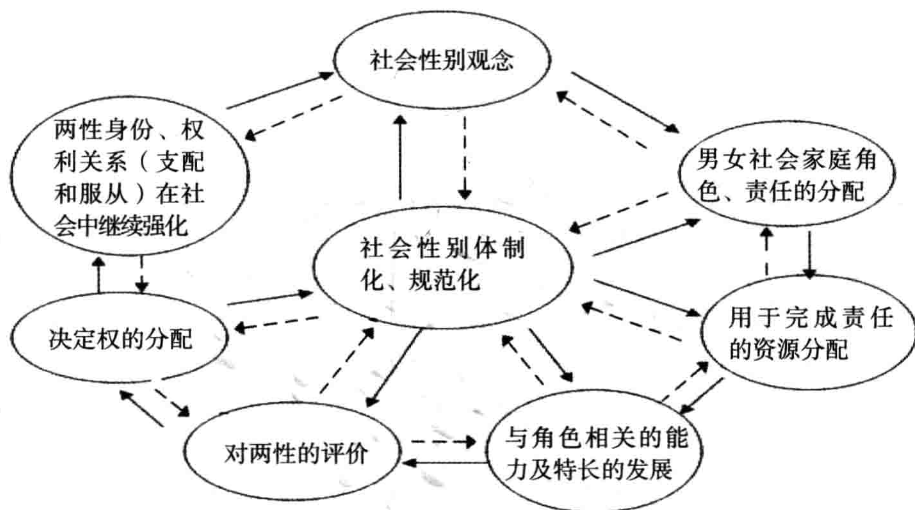


图2-1　社会性别关系运作模式

传统性别角色社会化的后果表现：在经济上表现为占人口半数的人力资源不能充分开发和利用，可造成社会经济的巨大损失；政治上表现为与现代化国家的目标仍有一定的差距；在两性关系上表现：两性不平等、不和谐，关系不融洽，婚姻家庭不幸福；个体上表现：女性：身体和心理受到暴力侵害，成为被贩卖、拐卖的对象；自卑、自弱，缺乏自信；男性：因压力过大，罹患生理和心理疾病多、承受灾害和风险



的机会多；心理压抑、感情脆弱、部分丧失了关心和照顾他人的能力。

未来的社会性别角色最有可能的模式是，出现许多既可以被男人接受，又可被女人接受的可以自由选择的生活方式和角色。要真正地从性别角色的束缚中解放出来，这就意味一切可能的选择都对男女开放，使男女可以接受。衡量个人价值和成就的主要标准是他或她个人的资格，而不是生物学的性别。

四 社会性别敏感与倡导社会性别主流化

（一）社会性别意识与社会性别敏感性

社会性别意识（gender aware）是相对生理性别而产生的一个概念。它最早出现于20世纪70年代初的国际妇女运动，20世纪80年代被联合国采用，从90年代以来成为国际上分析男女平等的重要概念。当我们在观察和分析、处理各种复杂的问题时，如果能时时注意到性别之间不平等的处境、利益和权力关系，并采取措施和行动来增进性别平等，被称作具有“社会性别意识”，或者说具有“社会性别觉悟”、“社会性别敏感”。但从“意识”到“觉悟”再到“敏感”，所表示的程度还是有区别的，应当是逐步递进的关系。反之，在观察和分析、处理各种问题时，如果无视两性之间不平等的处境、利益和权力关系，则被称作“社会性别盲点”。

所谓的“敏感”就是人们能够迅速的感知到某件事物现存的客观事实，并对相关的影响因素进行分析，有针对性的采取相应对策和措施的过程。社会性别敏感性（social sensitivity ）是指在分析艾滋病对男女性别传播存在差异时，要求面对现存的社会性别问题，有意识地关注男女在角色与规范、性别分工方面的差异以及所拥有的不同资源和权力；在资源和权力的配置和控制上，既考虑到两性不同的需求、角色与责任，要有意识地影响现有的社会性别关系以使之逐步趋于平等。

性别敏感指标需考虑的要素

- ◇ 女性受教育的机会和程度是否增加。
- ◇ 女性参与程度/比例是否有增加。
- ◇ 女性参与决策或控制资源的能力、权力是否增加。
- ◇ 项目/机构的机制是否有利于男女平等参与和受益。

社会性别敏感性原则：（1）克服社会性别敏感性盲点，发现并关注到现实中男性和女性群体之间、两性之间的权力关系以及HIV/AIDS的传播流行及防治中存在的种种社会差异；（2）不仅要意识到两性差异的现实，还要考虑在现有条件下或预防干预工作中，既满足男性和女性群体不同的发展需求，也要满足他/她们共同的发展需求；（3）要通过资源分配和赋权妇女的干预活动，尝试着从社会结构或组织机制上挑战现存的两性不平等关系，开创社会性别平等与可持续发展的社会支持系统。

构建正确社会性别意识就是需要主张男女平等、社会性别平等。即所有的人，不论男女拥有利用一切社会资源的平等权利和获得相同发展途径的平等权利；同时还意味着男性或女性的不同行为、期望和需求均能得到同等的考虑、评价和照顾。当然，社会性别平等并不是说女性与男性必须变得完全一样，而是说，他们的权利、责任和

机遇，并不是因为他们生来是男还是女而决定的。构建正确的社会性别意识还意味着把男性代替女性付出的那部分责任与事务还原给女性，让男性从沉重的责任与负担中解放出来。正确的社会性别意识，不仅仅是为了女性的发展与解放，同样也是为了使男性的人格得到合乎人性的本义发展。

（二）社会性别主流化的由来与倡导社会性别主流化

社会性别主流化是将社会性别平等意识纳入社会发展和决策的主流的提法，最早集中反映在1995年第四次世界妇女大会通过的《行动纲领》中。之后，将社会性别观点纳入社会发展各领域的主流被联合国确定为促进性别平等的全球战略。

社会性别主流化（gender mainstreaming）是指“把妇女和男人的关注、经历作为在政治、经济和社会各领域中设计、执行、跟踪、评估政策和项目计划的不可分割的一部分来考虑，以使妇女和男人能平等受益，不平等不再延续下去”。即：把性别问题纳入主流是一个过程，它对任何领域各个层面上的任何一个计划行动，包括立法、政策或健康问题、项目计划等方面对妇女和男性产生的影响进行分析。社会性别主流化的思路是一个战略，把妇女和男性的关注、经历作为在政治、经济和社会各领域中设计、执行、跟踪、评估政策和项目计划的不可分割的一部分来考虑，以使妇女和男性能平等受益，不平等不再延续下去。社会性别主流化的最终目的是达到社会性别平等。它是经过联合国经社理事会在1999年确立的主张，其根本含义就是要改变原来不平等的性别权力关系。从1995年北京第四次世界妇女大会以来，社会性别主流化日益受到关注，成为全球以人为中心的社会发展模式的重要组成部分，并已纳入联合国的性别发展指标体系。一些非政府组织、国际发展机构大力倡导，要把社会性别平等作为基本的价值观，以性别视角开展工作，把性别问题深入到相关的发展工作和公共政策领域。

在社会性别主流化过程中，应特别注意到妇女在原有社会性别机制中的不利地位及其带来的对艾滋病传播的易感性。《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言：“全球危机-全球行动”》特别“强调男女平等和赋予妇女权力是减低妇女和女童感染艾滋病病毒／艾滋病的易受伤害性的基本要素”。为此，应在艾滋病干预中不仅注重妇女素质的提高和个人行为的改变，而更应该注意增强妇女预防感染艾滋病病毒／艾滋病的权利，增加妇女接受教育的机会，使妇女获得更多的预防性病和艾滋病的知识，提高妇女支配自己生活和谋生的能力。加强对感染艾滋病病毒／患艾滋病妇女的保健和医疗照顾，给她们提供更多的经济和社会支持。

（三）社会性别主流化的趋势

在国际上，联合国系统和国际社会把对社会性别平等问题的关注融入每个机构考虑事项和工作的各个方面，使对社会性别的关注成为一个机构中所有人的责任，并保证将其纳入所有的体系和工作中去，以使女人和男人平等受益。 在国家层面上，社会性别主流化成为一些国家促进性别平等的战略，如加拿大、芬兰、瑞典等。中国政府是世界妇女大会后承诺社会性别主流化的49个国家之一。中国政府把男女平等作为社会发展的基本国策。



表2-2　社会性别纳入决策主流

项目指标	具体内容（学生讨论填写）
政府的承诺	
职能部门/责任机构设置	
社会性别计划	
社会性别分析	
社会性别培训及能力建设	
政策保障	
社会性别评估	

表2-3　两性社会性别分工、责任表现

女人	男人
分工：1. 带孩子，照顾家庭；	分工：1. 挣钱养家、不做家务活；
2. 老师、秘书、护士、服务生	2. 技术活、领导，高精尖技术研发
责任：相夫教子；从属地位	责任：社会发展；主导作用

社会性别平等、社会性别歧视、社会性别公正

社会性别平等（gender equality）意味着妇女与男子在法律和政治上有平等的待遇，在家庭、社区和更大范围的社会里，能够享有平等的生存与发展权利，平等享有社会的所有资源、机会和服务。

社会性别歧视（gender discrimination）是指基于社会性别角色和规范之上的任何优劣（等级）区分、排斥或控制、它阻碍着人们完整地享受人权。

社会性别公正（gender fair）意味着女人和男人在利益和责任的分配上，应当是无偏见的，合理而公平的。这通常要有针对妇女生存与发展的政策、法律和特殊项目，以消除现存的不平等。如：妇女有权享受不同于男性的性与生育健康服务、享受生育保险；妇女还需要有更多的资源和机会——确立女性参政的配额、妇女劳动保护条例、女孩教育基金、妇女发展项目等，以解决女性相对于男性的弱视地位，缩小现有的两性差距，实现妇女的人权。

所以说，男女平等的真正意义，是指社会既要满足男女共同的生存发展需要，也要满足他/她们不同的生存发展需要，只有建立在此基础上的男女和谐、平等和相互支持，才是平等公正而正义的。

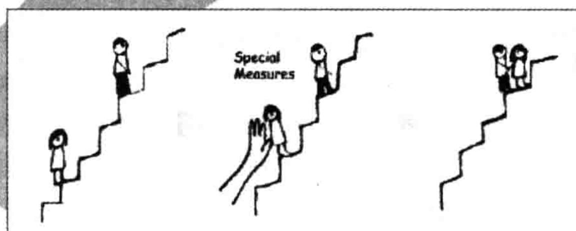


图2-2　社会性别公正—对特定性别的措施

第二节　从社会性别视角分析妇女艾滋病问题

一　感染艾滋病病毒的性别差异

中国艾滋病病毒感染者中女性所占的比例显著增加，已从1998年的17.1%上升到35%，10年间翻了5倍，其中近九成为育龄女性。自1985年我国发现首例艾滋病以来，女性艾滋病感染者人数迅速增加，在全国累计报告的艾滋病病毒感染者中，女性感染者2000年为19.4%，2006年上升到27.8%，在每年新报告的感染者中，男女比例从20世纪90年代的5：1上升至目前的2：1，来自云南的数据表明：1989年，云南感染艾滋病的男女比例是97：1，2012年感染者中男女比例1.75：1，男性占63.6%，女性占36.4%。在世界范围内，20世纪80年代艾滋病开始流行时，被感染者中几乎没有女性，而现在每新发生两例感染者，就是一男一女，这一变化令人反思：为什么女性比男性更加易感？从事艾滋病防治的专家和社会学学者认为，社会性别的不平等是导致女性感染速度越来越快的重要原因。因此，将社会性别意识纳入艾滋病防治已迫在眉睫。

二　社会性别与艾滋病感染的易感性与脆弱性

对“易感性”的社会性别分析，联合国艾滋病规划署把由于个人行为而感染艾滋病的可能性定义为“危险性”，把影响个人自控能力的社会因素定义为“易感性”。危险性和易感性密切相连，任何个人的危险行为都有背后的社会原因。从社会性别

生物学与生理学上女性易感艾滋病病毒原因

◇ 女性的生理结构决定了艾滋病从男性传给女性比女性传给男性更为容易。

◇ 男性精液中艾滋病病毒含量比女性阴道分泌物中的含量高。

◇ 强迫的性行为可能导致生殖道微小损伤，这就给病毒侵入提供可乘之机。

◇女性患有性病时不加治疗或不及时治疗，感染艾滋病的可能性增大。



视角分析女性和男性的易感性，可以发现男女感染艾滋病病毒的不同社会因素。

（一）女性艾滋病病毒感染的易感性与脆弱性

1．生物学和生理学原因。根据有关研究表明：女性对艾滋病病毒的易感性根据有关研究，妇女在生理上比男性易于受艾滋病病毒的感染：因为“与男人相比，在没有保护的阴道性交中，妇女感染艾滋病病毒的危险性是男人的2~4倍。妇女还（比男人）更加容易感染上性传播疾病。”这是因为感染了艾滋病病毒的精液所含的病毒浓度高于妇女的分泌物，而且男性的精液在女性的阴道里停留时间很长，发展成艾滋病的时间比男性短；妇女由于怀孕或生育时的流产、难产、剖宫产、胎位不正、死产等等问题，接受输血的可能性比男性大。因此妇女在生理上易受到艾滋病病毒感染。但生理方面的脆弱性是可以避免的，可以通过各种途径降低妇女对艾滋病病毒的易感性。

2．增加女性与男性受艾滋病病毒感染的可能性上升。社会普遍认为，让妇女了解完整的性知识或主动提出使用安全套，是违背传统社会性别规范的。其结果是，由于缺乏知识，加之不利的经济和社会地位，她们会处于脆弱环境中，成为艾滋病的易感人群。

由于社会性别的偏见存在，违背社会性别规范的性意识和行为是“羞耻的”、“肮脏的”、“下贱的”或另类的，有这类行为和意识的女人，即是“羞耻的”、“肮脏的”、“下贱的”或另类的女人。这样的标签会置她们于被歧视和被边缘化的境地，进而更少获得相关资源和机会。这不能避免传统社会性别的偏见和歧视，而她们采取对应的方法就是沉默、回避和保持被动，最终增加了更大的脆弱性。

传统社会性别对妇女的角色定位使她们在政治、经济和社会上依赖于男性，一旦此关系被社会变迁而打破和改变；若男性不愿意或承担不了相关责任，妇女赖以生存的条件便会恶化，由于贫困、迁移等因素，会让她们面临更多生存与发展的困难，扩大脆弱性的风险。

社会普遍认为，男性在性方面更具有“本能”的性活力、性冲动力、性控制力和性占有欲，这样的社会规范与认同，促使他们“自以为是”，暗示他们不需要了解完整的性知识，而基于所谓“本能”完成性的行为。结果性行为就有可能是种制服和统治的过程，而不需要尊重性伴，还会去体验更多的无保护的性活动，处于感染性病和传播艾滋病的脆弱境地。

3．艾滋病影响的性别分析。艾滋病无论对个人、家庭、社区和国家，都有很大危害，许多研究已经从多方面证实由艾滋病带来的经济上的贫困和社会歧视等等。然而，从社会性别视角分析艾滋病对不同性别的影响还不充分，主要表现在分性别的数据和资料的匮乏。

（1）社会性别文化：虽然男女艾滋病感染者无论男性、女性同样遭受社会歧视，受艾滋病感染的妇女是否比男性感染者遭受更多的歧视和羞辱呢？国内现有的资料还没有相关的比较研究以对比艾滋病对两性在文化和心理上的压力。尽管如此，由传统性道德对男女的双重标准：即对女人忠贞的严格要求和对男性性欲和性暴力的宽容上，可以推测女性艾滋病感染者比男性感染者会遭受更多的家庭和社会压力和羞辱。作为艾滋病感染者／病人的家属，即使没有受到感染，也与丈夫同样受到邻里社区的歧视。

（2）社会性别分工的变化：许多资料显示了艾滋病对社会性别分工产生了影

响，主要表现在妇女作为艾滋病感染者/病人的家属，既要承担关怀照料艾滋病感染者/病人的责任，又要同时承担以前由男人完成的生产劳动，还要兼顾家庭其他成员。特别是贫困家庭，由于付不起昂贵的医疗费用，妇女不但承担照料艾滋病感染者/病人的责任，还要完成家里和地里的活。由于以前妇女从事的、维持家庭的再生产劳动，包括照料和看护，是没有报酬的。目前艾滋病家属（主要是妇女）从事的关怀护理是以前无酬劳动量的增加。妇女的多重角色令她们身心疲惫、不堪重负，更进一步地说，妇女无酬劳动量的增加意味着受到更多的剥夺，预示了更加不平等的社会性别关系。

（3）家庭结构的变化：作为女性户主的家庭的增多并面临更多的困境。延伸家庭改变了艾滋病患者以前核心家庭的结构，老年父母（特别是老年妇女）、亲戚等加入对感染者／病人的护理行列。在因艾滋病致贫的家庭中，由于交不起学费和需要劳力，以及社会的歧视，艾滋病感染者／艾滋病病人家庭中子女的辍学问题严重。在资源短缺的情况下，女童辍学和健康问题更加突出。

4. 社会规范和价值。

（1）与男性相比，妇女的资源少，社会地位偏低，这些不利因素更多地影响其自主性，使她们不得不选择“危险”的行为。因此，分析妇女个人行为即“危险性”背后的社会原因更为重要。

（2）相对于男性，妇女社会地位更低，由全国妇联妇女研究所和国家统计局进行的“第二期中国妇女社会地位抽样调查主要数据报告”显示，几十年来，随着我国经济和社会的发展，妇女的社会状况有了极大的改善，妇女的社会地位在诸多方面取得了进步。但是，在社会结构调整、经济体制转换过程中，女性就业率降低，再就业困难；男女两性收入差距呈扩大趋势；农村女性教育水平与男性差距拉大；妇女参与国家和社会事物决策的程度仍然偏低；农村特别是西部地区妇女享有健康服务仍有差距；家务劳动仍然主要由妇女承担；传统性别观念仍有较大影响等等。由于女性的社会地位明显低于男性，增加了她们对艾滋病病毒感染的脆弱性。

（3）教育机会的缺乏可以影响妇女对生殖卫生和艾滋病／性病传播方面有关知识的掌握，也影响她们支配自己生活和谋生的能力。

（4）妇女在劳动力市场上处于劣势，只能选择那些劳动条件差、报酬低，而且很少提升机会的工作。一些妇女被迫卖淫，或不得不选择将性作为流通的货币，用来购买生活的机会，以脱贫致富。由于缺乏有关艾滋病及其预防知识，以及在性交易中的低下地位，为满足买方，她们不得不从事无保护的商业性性行为，暴露在潜在的性病、艾滋病感染中。

（5）在妇女增加对男性的经济依赖过程中，影响了她们在性行为方面拒绝或做有效预防的讨价能力：“她们对采取性行为的方式和时间无法控制，继而控制不了感染艾滋病的危险”。加之传统的对女孩的教育要求她们满足男人的性需求和欲望，把性活动的主动权交给男人，因此，许多妇女很难拒绝男性的要求和坚持安全的性行为。

（6）在医疗卫生市场化的过程中，贫困阶层妇女由于无法支配对她们来说昂贵的医疗开支，影响了她们获得保健的机会，使她们易于感染生殖方面的疾病而得不到及时的治疗；受到感染的贫困妇女难以支付防治艾滋病的医疗费用；这些都增加了妇女对艾

滋病病毒的脆弱性。

有学者对外流和被拐卖妇女在国外的情况调查发现有四种：（1）进按摩院或妓院，成为性服务的提供者；（2）被有钱人买做老婆或小老婆；（3）被买到按摩院或妓院以后逃跑出来做零工；（4）在国外的亲戚家帮工；而在这四类情况中，第一种情况占大多数，也就是说，外流或被拐卖的出国妇女大多数都被迫成为性工作者，而后三种情况所占人数的比率则不大。

社会和文化产生的感染艾滋病风险

许多文化中的社会规范限制了女性获取性方面的知识，女性在性活动中处于被动一方。这极大地限制了她们协商下列问题的行为能力：

◇ 安全的性行为；

◇ 正确使用安全套，获取适宜的服务、关怀和治疗；

◇ 与性伴或丈夫协商安全的性行为。

（二）男性艾滋病病毒感染的易感性与脆弱性

1．经济状况相对较好的男性，感染艾滋病的部分原因是由于消费商业性性服务或注射毒品，尤其是共用注射器注射毒品的行为。在有些地区，吸毒是社会地位的象征。而“哥们儿共享毒品”这种文化又使毒品在邻里、朋友之间流传，共用针具注射吸毒造成了艾滋病的流行和传播。

男性的感染艾滋病的脆弱性

男性也常承受社会和文化方面的压力，这加大了他们的易感性及传播的可能性：

◇ 很多社会容忍男性拥有多性伴和不忠诚的性行为。

◇ 某些职业会促使他们从事危险性行为。

◇ 长时期离家在外。

◇ 商业性性行为与生意和同伴的社会行为有关。

2．传统性道德对男性贞洁的宽容，允许他们有多性伴和寻求性服务。“社会财富分配和资源配置中的男高女低、男多女少及性道德评判中的“尊男贱女”使得今天在商业性性交易中仍更多地是以女人为卖方，以男人为买方……”许多艾滋病感染者由于光顾酒吧、水吧、洗头房、洗脚房、按摩房、美容厅、卡拉OK厅、宾馆、饭店等地方，因消费没有安全措施的商业性性服务而感染艾滋病。

3．陷入贫困阶层的男性则从事一些危险行为如靠卖血挣钱养家。在一些地区贫困导致外出谋生，在谋生中由于无知或不慎感染艾滋病。

访谈案例

一位感染者承认：“家里太穷，我和其他人一道去外地打工，打工收入太低，解决不了家庭生活问题，这样才由别人介绍去卖血……”

“当女孩子有了性方面的问题，尤其是怀孕时，她们通常是与自己的朋友谈。她们不会告诉男朋友，因为害怕男朋友不再爱她们。此外，男孩子可能会怀疑到底谁是孩子的父亲，然后就不再理睬这个问题。”（女性20岁）

“当我怀孕时，我告诉了我的男朋友，他总是不作声响。几天后我又问他，他反过来问我准备怎么办？我说准备把孩子生下来，他害怕并反对。他要求我去私人诊所进行人工流产……”（女性23岁）

“我是外流在泰国的中国籍女性工作者，按照泰国的法律，我们都属于‘非法移民’，若被泰国警察抓到，将送到移民局拘留中心进行关押，关押时间还不定，若没有一定数额的钱，我们就惨了，我们的身心受到双重折磨和摧残……”(女性22岁)

社会性别为我们提供了新视角，展现了艾滋病流行中的性别差异：不同性别的艾滋病流行状况不同，艾滋病对不同性别的影响也有所不同。社会性别不平等是使妇女更易于遭受艾滋病侵袭的主要因素之一，同时使妇女更多地感受到负面影响。将社会性别视角纳入艾滋病流行的干预研究和政策中十分必要。1995年在北京召开的第四次世界妇女大会的纲领性文件《北京宣言》和《行动纲领》确定了“将性别观点纳入主流”，要求各国政府和行动者应推行积极和明确的政策，将性别观点纳入所有的方案和政策之中，在做出决定之前，分别对男女产生的影响进行分析和干预。

三　在艾滋病防治中的社会性别分析工具

社会性别分析就是从社会性别视角出发，识别和理解社会性别不平等的原因。通过分析了解男女在特定环境、特定时间和空间里，从事特定的角色、责任，分析他/她之间的社会性别关系，主要提出并回答“谁做什么？谁拥有什么？谁来做决定？怎样做决定？谁可以获益？谁受到损失？”等问题。“谁做什么？”的问题主要来描绘基于社会性别的劳动分工。它一再强调在一个特定的社会中，由不同的社会文化形成的对男性或女性的角色期待与规范。因而社会性别角色决定了社会如何看待作为男人和女人应该如何去思考与行动。

采用社会性别分析工具的摩塞框架——识别和认定社会性别角色/三重角色，对艾滋病影响妇女健康状况的因素进行分析。

主要的社会性别分析框架

◇ 社会关系分析框架（也称卡比尔框架）；
◇ 摩塞框架；
◇ 社会性别分析框架（兰妮·帕克框架）；
◇ 能力和脆弱性分析框架（安德森和伍德罗框架）；
◇ 妇女赋权框架（朗维框架）。

摩塞框架：它主要提出“三重角色”（生产角色、再生产角色和社区角色）、“两种需求”（现实性社会性别利益和战略性社会性别利益）、五种发展模式（福利模式、公平模式、反贫困模式、效益模式和赋权模式），摩塞框架分析框架更多地被人们所采用。

所谓三重角色是指再生产、生产及社区管理活动。而男人主要担任两重角色，很少担任再生产角色。现从感染艾滋病妇女来看要完成三重角色对其身心健康会带来怎样的影响。



（一）再生产角色

再生产性质的工作指对家居及家庭成员的照料及维持，包括生育及照料孩子、做家务及照顾家人等。如在中国，河南省由于卖血感染HIV/AIDS的人群中，女人即便是HIV感染者或艾滋病病人，也要完成和承担再生产的角色。她们既要照料HIV携带者或艾滋病病人的丈夫，又要承担生儿育女，维持性生活和家务劳动等。

（二）生产角色

在中国的农村妇女，一般情况下，承担了比男性还要繁重的体力劳动，男人只管犁田犁地，女人既要种田、忙生计，还要生育抚育、领小孩子、洗衣服、做家务、喂猪、砍柴。女人担任的多重角色使得妇女身心疲惫不堪，孩子不能得到照顾。加上收入微薄，生存环境恶劣，营养状况低下，身体健康状况不良就是一个必然的结果。

（三）社区管理活动角色

在中国，无论农村或城乡社区，大事一般都由男人来做主，女人几乎不参与或很少参与，女人对社区管理没有发言权，尤其是受艾滋病威胁的妇女。社会的偏见和歧视，更加阻隔了这一最弱势的群体参与社区的公共活动与管理，使得不良的社会环境对妇女的身心健康造成了极大的伤害。

社会性别的角色和分工，妇女及女孩子除了担任很多的生产性工作外，还担任着几乎所有的再生产性工作及不被看重的社区活计。女人的三重角色使得女人的身心健康受到极大损害。

已有研究证实社会性别角色的构成存在多面性，对艾滋病性风险行为的影响呈现出层次性和系统性。但目前还缺乏一个整体的框架，将不同层次的社会性别因素整合在一起，系统地阐释艾滋病预防行为产生的社会性别机制。因此，既无法进行统一衡量，不同层次和同一层次内部的社会性别因素对艾滋病性风险行为的影响效应，也难于透视不同社会性别因素之间的关系。因此，在今后的研究中，需要开发一个基于社会性别视角的整体分析框架，从多层次反映社会性别对艾滋病性风险行为的共同作用。

四　现实性社会性别利益和战略性社会性别利益

（一）现实性社会性别利益

现实性社会性别利益是指在目前社会性别关系中，为履行现存的社会性别角色而需要满足的迫切需求和实现的利益。现实性社会性别利益，不挑战现存的两性分工及关系格局，使两性有效完成并继续现存的角色要求。在妇女与艾滋病的问题中，现实性社会性别利益主要包括：

1．生活负担过重。感染艾滋病毒的妇女仍承担着照顾家庭、赡养老人和养育孩子的义务和责任，劳动量减小不明显。

2．卫生服务资源利用不足。由于知识、文化、生存环境及社会因素，妇女对提供的卫生资源利用低下，如（社区卫生服务、计划生育和性病诊治服务、安全的性与分娩、抗病毒治疗与母婴阻断等）。

3．参与社会基本服务与教育机会较少。如政府小额贷款、生产自救与就业机会、

社会保障、自愿咨询检测服务、艾滋病知识培训、经济收入没有明显改善等。

（二）战略性社会性别利益

战略性社会性别利益是指以改革现存的社会性别关系，实现性别平等为目标，而需要满足的需要、实现的利益。在妇女与艾滋病的问题中，战略性社会性别利益主要包括：

1．平等分工与责任。家庭中赡养老人、培养孩子、家务劳动的分工；社会创造平等就业机会，打破传统社会性别意识；

2．消除对女性暴力及性虐待。呼吁社会消除身体的虐待与性侵犯，不安全的人流，保障女性健康权力，强制性的生育保险；

3．改善妇女平等地利用卫生服务资源。提供良好的就医机会和女性感染者的生存环境、落实“四免一关怀”政策，减少社会歧视与偏见；增强健康风险意识；

4．提供受教育机会与鼓励社会参与。提高妇女使用和控制家庭和社区资源，减少文盲，提供受教育与培训机会，加强参与社会活动尤其是应对艾滋病能力。

（三）两种社会性别利益的关系

1．现实社会性别利益出发点的项目/活动应有意识地逐渐向具战略性社会利益目标推进，促进转化；

2．应尽量减少固化/强化传统的社会性别关系与分工的项目/活动；

3．在帮助资源缺少的弱势妇女时，既要考虑她们自身的需求改变现状，又要引导和促进她们的改变是朝向战略性社会性别利益的方向，促进其权能增长，融入到社会发展之中。

表2-4 两种发展理论模式比较

	妇女参与发展	社会性别与发展
侧重点	妇女	社会性别关系
改变	妇女现实状况 妇女是被动的帮助对象	妇女地位 妇女是积极的参与者
方法	使用福利救济的方法	使用增加权利的方法
目标	经济效益 强调妇女生产潜能	平等、可持续发展 调理两性权力关系，参与决策 两性共同在发展中受益
关注	现实社会性别利益	资源获取与控制
资源	资源获取	资源获取与控制
策略	妇女参与项目 加强妇女照料家庭、孩子的能力 培训生产技能，改善收入	致力实现妇女的战略性社会性别利益 加强妇女在公众领域、私人领域的决策权力 增强妇女对资源的控制与管理权力

参考文献：

1. 童吉渝.社会发展与艾滋病防治读本.社会发展资源中心、中英性病／艾滋病防治合作项目.2009



2. 杜洁.社会性别与艾滋病

3. 李洪涛.综合改革新机制建设中的社会性别视角

4. 林志斌、李小云.关于发展为导向的性别分析方法的讨论.社会学研究.2000:(5)

5. 王英、陈澜燕、张红漫、李慧英.HIV / AIDS流行控制中的社会性别分析.中国艾滋病 / 性病. 2004

6. 刘慧君、闫绍华.西方艾滋病性风险行为研究的社会性别视野.《妇女研究论丛》.2009年第02期

7. 关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言:"全球危机—全球行动".2001年6月27日

8. Ronnie Vernooy Sage Social Gender Analysis in Natural Resource Management: Learning Studies and Lessons from Asia India/CAP/IDRC.2006

9. Insights from the Social/ Gender Analysis Learning stories Workshop Beijing, China May 8-11.2002

10. 赵捷、张宏文等.发展与妇女素质及权益.云南民族出版社,2001.11

思考题:

1. 什么是社会性别?它与生理性别有何区别?
2. 什么是社会性别主流化?为什么要纳入资源分配与社会性别的公平性中?
3. 简述社会性别意识下女性的弱势地位。
4. 分析女性艾滋病感染的易感性与脆弱性原因。
5. 分析男性艾滋病感染的易感性与脆弱性原因。

(张建萍)

第三章　艾滋病健康教育

本章从健康教育的概念入手，引入艾滋病健康教育的意义、主要目标、实施原则等；从信息传播、社会教育与培训、社区发展与资源的开发利用、倡导与社会动员等四个方面详细介绍公众艾滋病健康教育的策略与措施；重点讨论对党政领导干部、医护人员和青少年进行艾滋病健康教育的意义、内容和方法；本章还对艾滋病健康教育的策划与实施过程进行归纳和总结。

第一节　概　述

一　健康教育的概念

健康教育工作实例：

◇ 社区组成了委员会，以促进立法，借以改善防治艾滋病卫生资源与方针。

◇ 一群农村居民进行了一次本地艾滋病问题及需要的调查，并确定他们现可利用的卫生服务是不适合的。

◇ 开办“健康大课堂”，向社会人群传授预防艾滋病知识。

◇ 同伴教育者向农民工示范如何正确使用安全套。

◇ 游说校长，使其为学校里即将开始的预防艾滋病项目投资。

◇ 电视里播放预防艾滋病公益广告。

◇ 制定一项提高预防艾滋病知识知晓率的大众传播计划。

◇ 就“劝说顾客使用安全套的技巧”培训性工作者。

◇ 一群艾滋病病毒感染者每周花几小时在一位辅导员的协助下讨论、学习（营养、就医指征、心理调适……）。

以上这9个艾滋病健康教育的实际工作例子有三个共同的特性：（1）它们都是针对某一关心的问题想要有所了解或予以改善；（2）所有的活动都是试图改变人们行为或改变环境：（3）那些被改变的对象都参与到计划与执行的过程中。

健康教育是任何为协助人们自愿地采纳有利于健康的行为而设计的学习过程的综合。这个定义概述了健康教育的核心所在，这里有五个词需要注意：



第一，“协助”：它表明了健康教育工作者与受教育者之间的关系是平等的，健康教育工作者的角色是提供帮助与支持，而不是传统意义上的老师。

第二，“行为”：揭示了健康教育的最终目标是促使人们采纳有利于健康的行为。当然，不排除中间产物，如知识的增加、态度的改变等。

第三，“自愿”：与其他影响行为方式相区别。

第四，“设计”：排除自发的、零散的、无计划的活动。

第五，“综合”：健康教育是一系列的活动，它包括了计划、干预、评估；针对某一特定的问题所采取的手段和方式也经常是综合而非单一的。

二 艾滋病健康教育的意义

艾滋病是一种严重的传染病，HIV感染主要是个人行为所致，它实际上是一种行为性传染病，不安全的性行为和不安全的注射毒品行为是造成艾滋病传播流行的主要行为因素，HIV感染完全可以通过控制行为来预防。一个人采取何种行为，个人的知识和态度是其决定因素。艾滋病行为干预就是要通过健康教育的方法来改变和减少人们的危险行为，从而控制疾病爆发流行的发生，把艾滋病的流行保持在尽可能低的水平。

通过健康教育（health education）预防危险行为的发生和减少已形成的危险行为是防止艾滋病传播的主要手段。世界第十三届艾滋病防治大会提出，行为干预是预防艾滋病的有效措施。在中国用健康教育策略来预防艾滋病也已被各界认可，宣传教育与预防干预是控制艾滋病流行的关键措施，是预防艾滋病的有效“疫苗”。

三 艾滋病健康教育的对象

我国艾滋病健康教育针对不同目标人群实施不同的教育干预。目标人群的分类包括：（1）艾滋病病毒感染者，艾滋病病人；（2）高危人群：卖淫嫖娼者、吸毒者、男男性行为者、受劳教或教养中心的人以及性病患者、艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的亲属；（3）重点人群：年轻人、流动人员，宾馆或服务行业人员、长途汽车司机、个体户；（4）其他：医务人员、学生、党政领导干部和公务员、妇女、社区居民包括城镇居民和农村居民。

对艾滋病病毒感染者、艾滋病病人、高危人群的健康教育将在其他章节如“高危人群行为干预”、“艾滋病病毒感染者/病人的综合服务”等中详细描述，本章节重点讨论对公众的艾滋病健康教育。

四 艾滋病健康教育的主要目标

动员全社会力量，广泛开展大众宣传教育，营造预防、控制艾滋病健康教育的氛围；大力开展各类人群预防和控制HIV/AIDS的健康教育，普及艾滋病防治知识，提高公众的自我保护意识，采纳健康的生活方式，减少和改变HIV/AIDS传播的高危行为；动员社会的各个阶层和方面共同投入到反耻辱、反歧视的活动中，纠正人们对艾滋病患者的偏见，逐步减少耻辱和歧视；减缓艾滋病在中国蔓延的速度，控制

爆发流行的发生，把艾滋病流行控制和保持在尽可能低的水平，最大限度地减少HIV/AIDS对个人、家庭和社会的影响及危害。

第二节　艾滋病健康教育的策略与措施

一　艾滋病健康教育实施原则

（一）加强领导，进一步健全艾滋病健康教育的网络

艾滋病健康教育应由各级政府负责，各部门参与，全社会动员，协调配合，综合实施。

预防为主，宣传教育为主是我国艾滋病防治的一项重要的方针政策，也是艾滋病预防控制的首要环节。只有动员社会广大力量共同防治，才能做好这一工作。地方各级政府和政府有关部门在艾滋病健康教育中应当发挥组织、规范和主导作用，协调一致，各司其职，组织开展艾滋病防治和关怀救助艾滋病相关人群的宣传教育工作，如：（1）以教育部门为主，卫生和人口计生等有关部门密切配合，开展学校预防艾滋病及其相关知识的宣传教育，除了在各大、中学校开展预防艾滋病和防治知识的课程和培训，还要在学校图书馆、阅览室等备有一定数量的艾滋病防治知识的读物。可以通过广大学生这一高素质人群的宣传教育增强对社会人群的宣传和他们的理解和关爱。（2）通过卫生部门的技术支持，铁路、民航、交通、海关、质检和城建等部门要积极进行过往旅客的宣传工作。（3）公安、司法部门加强对羁押、强制管理场所的艾滋病／性病防治知识和注射吸毒感染艾滋病的宣传教育，卫生部门要给予技术支持。（4）以宣传部门和广播、电视、报刊、互联网等新闻媒体为主，采取群众喜闻乐见、易于接受的宣传形式，如公益性广告、健康与生活话题等，对广大公众开展有计划、经常性的预防知识宣传教育。（5）文化、工商部门切实加强娱乐服务场所管理，要求娱乐服务场所公开张贴和摆放艾滋病防治宣传品，积极配合有关部门开展预防艾滋病健康教育工作。（6）工会、共青团、妇联等群众组织结合自身工作特点，积极开展艾滋病防治知识的宣传教育活动。

（二）加强艾滋病控制的法律、法规的宣传教育

结合法制和道德教育，开展《艾滋病防治条例》、《云南省艾滋病防治条例》、《中华人民共和国传染病防治法》、《血液制品管理条例》、《医疗机构管理条例》、国家“四免一关怀”政策、《中国遏制与防治艾滋病“十二五”行动计划》等有关法规和政策的宣传教育及公民义务献血和无偿献血的宣传教育。

同时进行遵纪守法，禁止吸毒、贩毒、嫖娼、卖淫，保持和发扬中华民族的传统美德（洁身自爱、保持童贞、忠于配偶、白头偕老等），树立健康积极的恋爱、婚姻、家庭及性观念的教育。

（三）把握预防艾滋病宣传教育内容的科学性、准确性和政策性

对艾滋病的流行情况的宣传教育应使用卫生行政部门公布的数据和情况。对艾



滋病危害个人、家庭、社会和经济发展的宣传教育可采用国内外的具体实例。对艾滋病的传播途径和预防方法的教育，要科学地宣传艾滋病的主要传播方式及主要高危行为，同时要告诉人们艾滋病病毒不通过一般公共活动传播，以免造成不必要的恐慌。应强调艾滋病是完全可以预防的，在提法中不宜用“绝症”、“超级癌症”之类词，应使用“艾滋病是一种目前尚无有效治愈方法，但是完全可以预防的严重传染病”等。要防止对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的歧视宣传，要牢牢把握以下几点：一是防止和减少对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的歧视，全社会尊重他们享有的婚姻、就业、就医、入学等合法权益。二是歧视不利于预防和控制艾滋病的传播，反而极易成为引起社会不安定的因素；应营造有利于艾滋病病毒感染者和艾滋病病人生存的宽松环境，以举办温馨家园、关爱之家、学校、孤儿院，自愿服务和组织生产自救等形式为载体，实施医疗照顾与关怀，使艾滋病病毒感染者和艾滋病患者感受到党和政府以及全社会的关爱，树立战胜疾病的信心。三是感染者是无知和疾病的受害者，与其他病人一样需要人们和社会给予人道主义的关心和帮助，即使是由于有过某种过失行为而感染艾滋病病毒的人也是受害者。

（四）增加宣传教育的广度和深度

在广度上应普及艾滋病的健康教育，增加教育的覆盖面，从政府各部门领导、各级公务员、各行各业人群、大中学校学生、领导、教师、职工乃至全体居民均要普遍知晓有关信息，从而提高警觉性，增强全民的防护意识。在深度上应加强艾滋病高危人群和重点人群的教育力度。如：要充分利用新闻媒体，发挥大众传播在传播知识，创造社会支持环境中的特殊效应。同时亦可采用举办展览，开展咨询，开通热线电话，举办学习班、知识竞赛等多种人们所喜闻乐见的形式。对于大、中学生，要把预防、控制艾滋病健康教育与学校的性生理、心理、思想伦理教育结合起来。教育青少年端正性观念，避免婚前性行为，以高尚的道德情操和科学知识保护自身的健康。对青少年的教育内容和方法均应贯彻适时、适宜、适度的原则，注意符合青少年身心发育特点。

（五）注重艾滋病健康教育的计划性和有效性

健康教育不是简单的卫生宣传，为提高健康教育的有效性，一是要有明确的目标人群：这是科学开展艾滋病健康教育的第一步，针对不同的目标人群，健康教育的策略和措施是不一样的；二是应以需求评估为基础：在开展工作之前，需要对目标人群进行需求调查以了解他们的需求，以保证健康教育的针对性，其内容是目标人群需要的，并且内容的表达方式是目标人群可理解接受的，传递内容的方式是合适的；三是健康教育内容和方式需要做预试验：应在目标人群中进行预试验，以了解健康教育内容和方式是否为他们所接受，根据预试验的结果，对原先确定的内容和方式进行必要的修改；四是健康教育要有足够的强度：教育的内容应讲深讲透，活动要有一定的频度，同时应与行为干预措施配合；五是健康教育应有足够的覆盖面：应覆盖尽可能多的目标人群；六是应有督导评估：督导是保证教育工作按计划实施的保障之一，评估是判断健康教育工作效果的依据，也是确定新的工作目标的基础。

二 信息传播

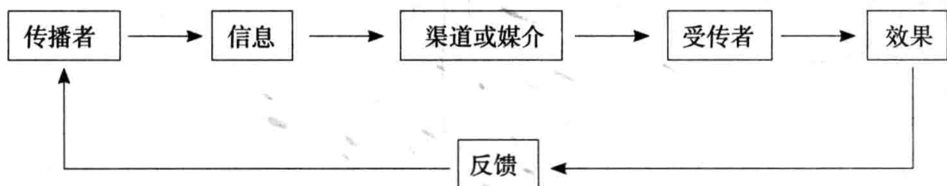
传播（communication）作为一种信息过程，是艾滋病健康教育中最基本的工作策略和干预方法。信息（information）的传播过程是新的知识、新的观念和新的行为方式在人群中被认识、接受和采纳的过程。信息传播的目的是使目标人群相信某些信息并据此采取行动。

一种成功的信息传播活动，不仅受到目标人群的理解，而且会赢得他们的信任、赞赏和高度评价。从简单的列举事实到复杂的唤起自发的需求，信息传播所涉及的范畴十分广泛。如何将艾滋病相关信息以可信的方式组织起来，并以适宜的渠道和形式表现出来，使群众相信这些信息，并据此采取行动，这其中涉及对目标人群的了解，对行为影响的分析，信息的处理与传播渠道的选择，以及各种活动及各部门之间的相互配合等一系列因素，涉及相当多的手段、方法、技巧。

（一）传播的概念

传播这个词在不同的专业有不同的含义。在流行病学的“传播”指病原体从宿主体内排出后通过媒介物传给其他易感机体的过程。健康教育中的传播指传递、散布、交流信息的行为和过程。传递是个别的，单向的传递；散布是单向的，范围较广和层次较多的传递，包括二级、三级传递；交流是双方的传递和流通。

传播需要传播者（communicator）和受传者（audience）共同完成。传播者的任务是给确定传播目标、受传对象，选择所传信息，对信息进行加工（编码）后选择一定渠道将信息传播出去。受传者接受信息后，对信息进行认知、理解（解码），并对信息进行评价，产生某种效果，这种效果还会返回给传播者，即反馈的过程。传播者、信息、渠道或媒介、受传者、效果、反馈构成了传播活动的要素。下面是传播要素和传播过程的模式图：



（二）传播的渠道

从实际工作出发，传播的渠道可分为大众传媒、人际渠道、传统媒体和图表与视听媒体四类。四种传播渠道的主要形式、优点及局限性见下述四表：



表3-1	大众传媒（mass media）
（电子媒体：广播、电视、电影、大众消费的录像、网络、流行音乐录音制品；印刷媒体：报纸、杂志、期刊、在公共场所的宣传画）	
优　点	局限性
○ 宣传面广，快速、超越空间障碍，可提供标准化的信息使人们了解可以获得的服务 ○ 可以频繁地播送宣传内容 ○ 可以强化通过人际传播渠道宣传的重要信息 ○ 可以使某项宣传计划及其宣传信息得到关注，促进确立、保持新的社会规范 ○ 可以创造一种促进改变的环境 ○ 使文化水平不高的人接受宣传，可以启用具有影响力的舆论主导者，不针对个人，可以在涉及敏感问题时提供保护 ○ 可以示范所提倡的行为方式，可以使人们看到成功的益处	○ 在农村地区的传播可能有限 ○ 难以与所提供的服务相配合，难以针对特定的观（听）众群体制作节目，难以获得观（听）众的反馈（反馈零散、间接、延缓、积聚） ○ 需要用电 ○ 要求宣传对象能够收听到广播，观看到电视、电影、印刷媒体等，时间选择取决于宣传者而不是宣传对象 ○ 在改变态度、行为方面有局限性

案例1：2001年10月~2002年12月，在中英性病艾滋病防治合作项目的支持下，云南省广播电视局协调省级广播、电视、音像领域的专业传播人士，在HIV/AIDS防治专业部门的配合和技术支持下，开发出一系列用于大众传播的声像材料和栏目节目，包括“直击艾滋”专题片、“心灵的洗礼”广播剧（并译为傣、傈僳、拉祜及景颇等少数民族语言）、HIV/AIDS防治公益广告4个版本、一批栏目相关专题节目（“百姓与生活”4期、“名医诊所”每周一次专题讲座、“午夜1加1”每周一次热线参与节目、“今日”深度报道1次、“人生”特别报道1期、“生活”谈话节目2期、专题节目“用爱心点亮生命”等）。后利用省级广播电视网络（全省覆盖率为：广播89%，电视90%）播放上述节目。以多频道（率）、多形式、强化、反复的播放策略，在项目期以省电视台6个频道播出各类宣教节目（含公益广告）1465次；以省广播电台5个频率播出各类宣教节目（含公益广告）2155次。全方位地开展了对大众的艾滋病知识宣传和社会动员，营造了艾滋病防治支持环境。

表3-2	人际渠道
（个别咨询、社区范围的动员活动、小组讨论、同伴教育、家访等）	
○ 使传播内容可信 ○ 可提供内容翔实的信息 ○ 可通过演示、示范帮助传播对象掌握复杂的技能 ○ 可创造支持环境 ○ 可提供机会，讨论敏感的个人问题 ○ 在社区内为所提倡的行为方式、观点、产品提供支持 ○ 能调动个人的积极性 ○ 让传播对象参与到具体的活动之中 ○ 能够使传播对象立刻对观点、信息、做法等做出反馈	○ 可帮助个人克服自身障碍 ○ 可巩固和维护所提倡的行为方式 ○ 花费大量时间 ○ 只能与为数有限的个人进行交流 ○ 要求实地工作者能够提供实际技能培训与支持 ○ 向每个人做每一次宣传的成本高 ○ 信息容易走样

表3-3	图表和视听媒体（主要作为辅助材料）
（活动挂图、幻灯片、投影幻灯、磁带录音、专门制作的录像节目、作为辅助手段的宣传画）	
优　点	局限性
○ 可起到及时提醒的作用 ○ 能吸引目标群体的注意 ○ 可展示行为方式的具体步骤 ○ 能提供复杂的信息 ○ 使用方便并可重复使用 ○ 可用来辅助人际传播 ○ 可提供准确、标准化的信息 ○ 可以在当地制作 ○ 能给信息宣传员以可信度和信心	○ 可以在大众媒体不能覆盖的地方使用 ○ 也许难以获得成本效益 ○ 经常与当地的文化和教育背景脱节 ○ 需提供必要的培训来展示使用或演示方法 ○ 需提供必要的培训以进行有效的构思、设计和制作 ○ 有时受器材的限制

表3-4	传统媒体
（戏剧、当地的艺术形式、木偶剧、舞蹈、讲故事、歌曲等）	
优　点	局限性
○ 使用传统形式，易于被当地接受 ○ 可使用当地的土话或是俚语 ○ 可结合当地人熟悉的具体情况传递信息 ○ 与其他媒体相比与个人的联系更为紧密 ○ 适合于将风险具体化、个人化 ○ 可启用当地能人而且能调动地方的整体参与 ○ 可根据当地易于接受的规范来示范新的行为方式 ○ 有时只需很低的成本或无须任何成本	○ 信息只能传递到相对较小的目标群体 ○ 并非随时可得 ○ 严重缺乏经过培训的有关人员 ○ 需要在培训以及扶持上进行投资 ○ 难以处理在当地极为敏感的问题 ○ 难以保证和监督所交流信息的持续准确性

案例2：2002年12月~2003年3月，迪庆藏族自治州疾病预防控制中心与当地佛教协会、民政局和公安部门相互配合，结合藏区民族宗教文化特点，举办了2期预防艾滋病喇嘛宣教骨干培训班，培训104名喇嘛学员；制作了藏文预防艾滋病性病知识宣传材料和招贴画。喇嘛在佛事活动中宣讲艾滋病预防知识31场次，发放宣传材料14900份(张)，覆盖47个牧场村庄，受益群众近9000人次。群众的艾滋病预防知识知晓率得到提高

案例3：云南省楚雄州姚安县的传统文化生活以自创、自编、自演花灯戏剧为主，最为出名的地方花灯戏是“小邑拉花”。2005~2007年“禁毒和防艾”人民战争中，姚安县针对当地农村群众对宣传媒体的认知程度和农村业余文化的特点，委托县农戏协会编写了《相互关爱、共享生命、预防艾滋》的专题农民戏剧，共涉及4个花灯小戏、6个花灯歌舞和3个小品。然后请县花灯剧团进行了排练，同时还指导、支持农村业余文艺演出队和县老年协会排练这一剧目并在各乡镇进行巡回演出。3年间，姚安县共开展防艾文艺演出360场次，观众达150000余人次，人民群众知识防艾知识的知晓率逐年大幅度提高。经抽查，2005、2006、2007年农村居民的知晓率分别为40%、65%、87%，城镇居民的知晓率分别为56%、71%、88%。



（三）影响传播效果的因素

传播效果受到传播者、内容、选择的渠道、受众特点及传播环境等因素的影响。

1. 传播者方面。

（1）是否很好地起到了把门人（gate-keeper）的作用？把关包括两方面：一是对艾滋病信息内容进行过滤、取舍、突出处理及删节，决定传播哪些信息；二是决定对谁传播，谁是传播的目标人群。

（2）传播者是否合适，是否具有吸引力，是否具有权威性？当然，针对不同的目标人群，权威信息的来源是不同的。例如，同样是艾滋病宣传大使，濮存昕的宣传可能吸引机关干部，而对青少年而言，姚明则更有吸引力。

（3）是否具备足够的共同经验范围。通俗而言，是否具备与受众共同的语言。

2. 信息方面。

（1）内容的针对性、科学性和指导性。内容不仅应包括“是什么”，“为什么”，还要告诉人们如何做。内容应单一，行动目标应明确，具体方法应具体、简单易行。

（2）使用的符号应准确、通用，有针对性，特别应注意所使用的信息符号形式是否符合不同文化层次人群的需求。符号包括文字、图像等。对文化较低的人群，可多使用图像符号。

（3）根据传播的目的和受传者的需求，恰当地设计信息的表达形式。同样的信息，针对不同的目标人群，可以用晓之以理的方式表达，也可以用动之以情的方式表达。同样，信息可以是大众化的或人性的，可以是一面性或正反两方面的，可以是严肃的或幽默的，可以是说教式的或是讨论式的。

3. 渠道的选择。

传播渠道的选择由传播的目标、计划实施的阶段、受众的可接受性、资源的可获得性等因素共同决定，如传播的初期，可充分利用多种大众传媒组织打造声势，短期内形成宣传轰动效应，而随着传播活动的深入，人际渠道的使用将越来越多。就各类大众传播而言，选择的原则是保证效果、适宜目标人群、快速、可及、经济。如，对“正确使用安全套”这一操作性较强的信息而言，仅仅使用录音带是达不到预期效果的，应使用图文并茂的小折页或音画俱佳的录像片。

4. 受众。

受众接受信息时的心理特征，社会经济文化特征及健康状况，都会对传播的效果产生影响。

5. 传播的环境。

传播的环境包括自然环境和社会环境。自然环境指传播活动的地点、场所、距离、环境布置等，而社会环境包括文化习俗、社会规范、政策法规等。

三　社会教育与培训

（一）社会教育（social education）

社会教育属非正规性的普及教育，它是指用学校教育以外的一切文化教育的

措施对社区人群进行的系统的教育活动，这是我国健康教育中普遍使用的一种干预策略。

面对成人群体，社会教育可采用组织学习小组，举办讲习班、专题讲座等形式来完成。“农民艾滋病健康教育夜校”、“艾滋病大课堂”、“外出打工人员艾滋病学习班”等，都是社会教育策略在艾滋病健康教育中的具体运用。

组织艾滋病社会教育活动时，不仅应提供防治艾滋病的知识，唤起目标人群的防护意识，而且，应强调对个体和家庭自我保护技能和实施安全行为的培训和指导，使知识的学习和行为的改变密切结合起来。

艾滋病健康教育工作者在社会教育中承担着教学、指导、咨询和组织的任务。在实施社会教育时可按下述步骤进行：

第一步：收集、分析资料，确定教育需求。

第二步：制订教育计划，组织编写教材。

第三步：与社区或单位领导沟通，确定可利用的资源如教室、教具、师资。

第四步：培训基层健康教育师资；

第五步：组织实施教育计划；

第六步：评价教育效果。

（二）培训

1. 培训的概念。

培训是对艾滋病健康教育专兼职人员，对基层艾滋病健康教育项目实施人员进行系统训练的过程，是对艾滋病健康教育人力资源进行开发的一种活动。培训的目的是提高学员开展艾滋病健康教育活动的专业知识和技能水平，它具有系统性、专门性和实践性的特点。

2. 培训过程。

培训包括需求评估、制订培训计划、培训前准备、培训、评估培训结果等。

需求评估指通过函调、实地观察、访谈领导和专家等形式，了解学员的文化、工作经历；目前开展艾滋病健康教育时存在的困难、问题和不足；需要补充或提高的知识和技能；对培训的期望等。

培训计划应包括下述内容：培训目的、培训目标、培训对象及类型、培训内容、培训时间、培训地点、培训的方式、培训教师、后勤管理与经费预算、培训评估方式。培训开始前，应以工作清单（表3–5）的形式，针对学员、教员、管理等方面的准备情况逐一核查，查缺补漏。

3. 成人培训的特点和要求。

成人在参加培训时喜欢既有专业知识又有丰富案例或经验的培训者，反感说教式的教学；总是带着一些实际问题并渴望通过培训解决这些问题；成人具有丰富的经验和感性认识，可能成为培训时的资源，也可能是障碍；他们有不同的学习特点、学习方式、学习目的，需要一种宽松、舒适，并具有激励特征的培训环境。

针对上述特点，在培训时，培训场所的设置不能像学生班那样死板，时间安排应尽量满足学员的实际需要，同时应提供一个开放、宽松和舒适的环境；培训时应

充分利用多媒体教学手段，应用参与式的培训方法，加强与学员的沟通并多给学员参与机会；在内容上应结合实际的案例，并应准备提供一些实用的解决方案。

表3-5	培训准备工作清单
学　员	○ 选好了吗？ ○ 是否告诉了他们培训的目的和内容？ ○ 是否通知了报到时间和地点？ ○ 是否通知了需要携带的物品？ ○ 是否已知食宿、交通费解决的办法？
教　员	○ 是否知道学员人数和种类？ ○ 是否告诉了讲课费标准、其他费用、支付方式？ ○ 是否告知准备什么教材？ ○ 是否问过他（她）需要什么教具？ ○ 是否告知何时、何地、怎样报到？
管　理	○ 通知管理人员了吗？ ○ 教室（会议室） ○ 住宿 ○ 实习（参观）场地（所） ○ 教材 ○ 教具、教学用品、教学设备 ○ 灯光、话筒 ○ 吃饭、茶休、开水

4．参与式培训。

在参与式培训（participatory training）中经常使用的参与式方法有小组讨论、案例分析、头脑风暴、示范、角色扮演、模拟与游戏等。

（1）小组讨论（group discussion）：指一小组人在一位主持人的带领下，围绕一个或数个问题，充分发表意见，进行讨论。讨论题如“有些感染性病的人不去正规的医疗机构就医，而选择小的私人诊所或自己买药，为什么？”小组讨论有利于调动学员的学习积极性、分享工作经验、扩大视野；可促进相互交流、探讨和启发，可取长补短，相互受益。小组讨论有时会出现成员间争执的局面，有时讨论易失控或偏离主题，群体的压力有可能使有不同意见者保持沉默，这些都应加以注意。

小组讨论适用于对知识、态度、交流技巧、决策能力的培训。

小组讨论的组织可参考以下步骤：

①分组：以自愿组合、指定、按座位、抽签、报数等方法分组，每小组人数以5～7人为好，各小组确定讨论的位置，座位安排应易于相互讨论。

②每小组推举（或指定）一位主持者主持讨论，一名记录者负责记录，确定发言代表，经讨论后在班上交流小组的讨论意见。

③培训者提出讨论题目，各小组题目可相同,亦可为围绕一个中心的不同题目。

④讨论开始前，培训者应宣布小组讨论的时间，时间不宜长，依题目以10～20分钟为宜，宣布全班交流的开始时间，以使培养者和培训对象共同掌握时间。

⑤讨论：讨论过程中，培训者巡视各组讨论情况，当发现讨论偏离方向，少数人主控局面或陷入僵局时，及时引导，使讨论深入。

⑥大组汇报：各小组代表汇报讨论结果，汇报时可将内容摘要写在大白纸或投影胶片上以辅助表达。一小组汇报时，其他小组可进行评价，若各小组讨论题目相同，则一组发言后，其他小组补充即可。

⑦培训者总结、归纳各小组的意见，澄清一些模糊或错误的认识，使受训者体会效果。

（2）案例分析（case study）：指通过文字或图表向培训对象介绍一个真实的案件或一件假设，然后提出一些需要解决的问题。案例如：

在青年卫生保健项目关于艾滋病病毒／艾滋病预防措施的一次小组活动结束之后，张三对你说：他终于不会由于购买避孕套而感到荒唐或不安了。但是，当朋友们看到张三拿着一个盒子从药店走出来时，便取笑他："用避孕套就像是穿着衣服洗澡。小伙子不会得病，艾滋病病毒／艾滋病根本不存在，我们从来没见过一个得艾滋病的人。"可怜的张三，从此他的日子可不太好过了。

你认为：

A 同伴们不支持使用避孕套，因此而形成一种压力。张三的朋友和伙伴们甚至不相信艾滋病病毒／艾滋病有那么可怕；

B 不管朋友们怎么说，张三仍将使用避孕套。

案例分析可以小组或个人进行分析，一般以小组形式较好。个人的独立分析可锻炼独立思考、独立解决问题的能力。案例分析是培训决策技能和解决问题能力的最好方法。也可用于巩固、强化或测评培训中学到的知识。

案例分析的组织实施可参考以下步骤：

①编写案例：

——案例由两部分组成：背景材料、判断和解决的问题；

——培训者应对案例分析要达到的目的心中有数；

——案例可结合当地实际情况编写，但不应用真实人名或地名；

——精练，但应有充分的信息和资料以助分析。

②案例分析。

以小组为单位进行：介绍案例、讨论案例、帮助指导、汇报结果、总结。

个人进行案例分析：学习案例、分析案例（在规定时间内独立完成，写出书面报告）、总结（培训对象相互评阅，培训者评阅，或向大组汇报讲解）。

（3）示范（display）：是培训者为培训对象演示一个完整程序及正规的操作步骤，然后由培训对象在培训者的帮助指导下重复这一正确操作的全过程。艾滋病健康教育中典型的示范内容如"正确使用安全套"、"针具的清洗消毒"等。

示范可突出实践性和实用性，有利于及时发现具体问题及纠正不正确的做法，有效提高培训对象掌握各种技能的能力。

示范的具体操作可参考以下步骤：

①培训者先列出示范用品清单，准备真实的用具；



②向培训对象介绍示范的目的、内容、示教用品和做法，告诉受训者要观察和掌握的要点；

③给予文字说明：黑板上或大白纸上，或印发，或示范结束后给出；

④演示：程序应准确，动作应清楚，速度不要过快；应面对学员，保证每一个人都能看清，边做边讲解；应注意观察、鼓励提问，如有不懂的地方及时重复；

⑤演示后，概括性地归纳关键步骤，请1～2位学员照样做一遍，同时请其他学员观察和评论；

⑥最后，每个学员都应有机会练习一遍，学员练习过程中，培训者进行观察，并及时给予指导和帮助，可2～3人组进行练习，互相观察和评论；

⑦示范后有讨论和总结。

（4）头脑风暴（brain storming）：是迅速收集意见和信息的方法。一般需要的时间为5~10分钟。

头脑风暴具体操作可参考下述步骤：

①主持人提出问题或案例如“艾滋病健康教育的对象有哪些？”

②学员对所提问题，踊跃发言，谈出自己即刻的想法和意见，说出尽可能多的意见。让学员不用担心被批评，可以自由表达自己的想法；

③无论是否赞同，要求学员不要打断和评价他人的意见；

④将发言写在大白纸或黑板上，直到没有新的意见，不要担心意见的质量；

⑤主持人与学员一起，逐条审视、归纳意见，不对意见的正确与否评论，但须指出值得进一步讨论的问题；

⑥总结。

（5）角色扮演（role play）：是指学员在主持人的指导下、围绕培训主题，用表演形式，将生活中有代表性的真实情节表演出来。如：将参与者分为三个小组，给三个小组分发材料，第一组录像，第二组宣传画，第三组小折页，请各组人员利用手中的宣传材料来组织准备一个教育的场景：如何使用好材料来达到教育的目的？

角色扮演具体操作可参考下述步骤：

①确定表演内容；

②介绍角色扮演的目的；

③讲解将要表演的情境；

④鼓励学员自愿扮演角色；

⑤鼓励学员发挥自己的创造力和想象力自己编写脚本；

⑥给出一定时间让扮演者准备，必要时可就地取材地提供一些辅助用具，以确保扮演者能达到角色扮演的目的；

⑦告诉观察员他们的任务，应注意什么；

⑧给予足够的时间进行角色扮演（5～10分钟）；

⑨当出现问题时，停止角色扮演，避免扮演者感到受伤害或窘迫；

⑩扮演者谈角色扮演的感受；

⑪观察员对角色扮演进行讨论并作出反馈；

⑫总结所学要点。

四　社区发展与资源的开发利用

（一）社区（community）

从人文观点出发，社区指由有共同目标和共同利害关系的人组成的社会团体；从地域观点出发，社区指一个地域内共同生活的有组织的人群。总而言之，社区指由一定数量，具有共同意愿、相同信念和规范的社会群体结合而成的生活共同体。

社区有其独立的社会管理体系和服务设施，是相对独立的地域性社会。人的社会生活多在所属的社区范围内进行，社区内的学校、机关、商店、医院等为社区人群提供了基本的需求服务。社区内的行政管理体系、管理制度、文化习俗、社会群体意愿和行为规范等在不同的方面制约和影响着社区内人群的生活和行为，发挥着教育、督促、奖罚的功能。通过组织动员活动，可发挥社区的凝聚作用，引导社区群众积极参加社区各项活动，促进社区成员间的协作和支持。

社区可按行政区、经济区或服务中心覆盖的范围来界定。我国一般以行政区来界定社区，在农村一般以县、乡、村为社区单位；城市则为市、区、街道、居委会。省、国家等范围广泛的地理政治区域不具有操作性，不包括在社区范围内。根据我国各地的经验，进行社区健康教育干预时，在农村以乡或行政村为基本单位较为适宜，在城市则以街道为宜。

（二）社区发展（community development）

艾滋病的社区发展是社区居民在外来者或政府机构的协助和支持下，依靠自身的力量，改善社区内艾滋病防治状况，提高自我保护水平的过程。它的目标是促使社区居民参与为本社区的艾滋病健康教育和防治活动创造条件的自发性活动。这一活动所强调的重点是民主参与，自愿合作，自我帮助，加强地区本身领导的水平和建立艾滋病教育目标，它对于培养社区成员的自信精神和自助、自强、互助能力有着重要的影响，是艾滋病健康教育可持续发展的决定性因素。

社区发展最基本的策略是促使广大群众亲自参与研究自身存在的问题，寻求解决问题的方法，并参与到改善问题的活动中来。一般而言，社区居民对改善自身的健康状况和社区的卫生状况有着浓厚的兴趣，但需要有人来协助他们找出问题，寻求解决问题的必要条件，这就是健康教育工作者在社区发展中承担的任务。社区发展的基本渠道是建立以任务为中心的小组。

（三）资源的开发利用

通过社区发展活动，还可充分发掘和利用掌握在社区居民或社区组织手中的各类艾滋病健康教育资源。当然，社区资源的开发利用还与社会动员是否充分有关。与艾滋病健康教育直接相关的社区资源主要为以下几方面：

1．人力资源。

包括社区健康教育的专（兼）职人员；居民中的志愿者；医疗卫生人员；政府机构中对艾滋病健康教育工作持积极态度，在工作中给予援助的领导和职工；能积极配



合宣传教育和干预活动的社区居民。人力资源的概念不仅包括提供志愿服务人员的类型和数量，也包括其能力或质量。

案例4： 在中国／联合国儿童基金会“校外青少年艾滋病预防”合作项目中，以社区为基础，结合中国的实际，以发展校外青少年艾滋病预防志愿者（爱心大使）为基础，以小组为单位，以众多的参与式方法激发校外青少年参与愿望，让其通过自己的参与找出存在的问题及解决的方法，并设定适宜的行动计划。这一活动在中国西部的各个项目省取得了成功，云南省已培养并命名青少年爱心大使91名。是社区发展实际运用的成功典范。

一位爱心大使说：“回想大家在一起培训的三天，既有轻松欢乐，又有严谨认真，还有奔波疲劳。整个培训的过程始终体现着我们当今防艾工作的主题：了解、分享与关爱。正是对受访目标人群的关爱唤起了我们众志成城，抗击艾滋病的信念。感谢卫生部/联合国儿童基金会预防艾滋病健康促进项目，感谢云南省健康教育所组织的这次参与式研究方法培训班，教给我们参与式研究方法的理念与技能，同时使我们深切体会了‘了解、分享与关爱’的涵义。请相信，授我们诸位爱心大使以‘参与式研究方法’这种‘渔’，必将使我们在今后抗击艾滋病的道路上行千里。”

2．财力资源。

财力资源指社区本身能为艾滋病健康教育活动提供资源援助的数量情况，包括社区地方政府的财政支持，社区内单位或各类社团的资金投入，以及群众本身的资金投入。挖掘社区潜在的财务资源是搞好社区艾滋病健康教育的重要条件。

3．物力资源。

指社区可提供的实物、设备和技术支持的情况。如很多单位可免费提供教室、培训器材等。技术支持如社区内的医疗卫生及相关部门的科技人员可提供的技术服务。

4．信息资源。

挖掘社区内的信息资源主要包括，如社区已有的艾滋病相关档案资料，社区居民对艾滋病健康教育计划、决策、活动的认识和建议，对艾滋病教育活动实施的信息反馈等。

五　倡导与社会动员

倡导、社会动员和信息传播是社区健康教育中三个基本要素。倡导（advocacy），通俗地讲，即“开发领导”，指通过适宜的宣传、说服和干预手段，争取各级领导的理解和支持。社会动员（social mobilization）指针对相关部门的宣传、传播和发动，主要目的是在短时间内使各有关部门、组织知晓艾滋病健康教育活动，引起重视，主动参与各项具体的艾滋病健康教育活动，并以此达到部门之间、项目之间及活动之间的合作。

通过有效的倡导活动，可实现行政干预，获得卫生资源的重新分配，向有利于促进艾滋病健康教育的方向发展。倡导活动的效果，在政策上可体现为相关规章制度和地方法规的出台，如“艾滋病健康教育行动计划”、地方性的艾滋病防治规定等，

不仅为艾滋病健康教育的实施提供了依据，而且可促进各部门、各单位对艾滋病健康教育承担责任，保证有利于艾滋病健康教育环境的形成；在资源上可体现为对艾滋病健康教育资金投入的倾斜；在组织上可体现为专门的常设或非常设机构如艾滋病健康教育委员会、管理办公室、专家咨询组等的设立。尽管这些变化有时是短期的、暂时的，但其作用不可低估。值得注意的是，艾滋病健康教育的决策机构应由政府承担，这样，艾滋病健康教育才能被列入各级政府的议事日程。

有效的社会动员可广泛动员社会力量，建立健全艾滋病健康教育的网络，加强不同人群和不同组织间的合作。以健康教育专业机构和人员为骨干，通过必要的培训，可建立以医疗、疾病预防控制、保健部门为主体的纵向艾滋病健康教育网络。由主管领导牵头，相关部门相互协调配合，可形成由教育、环保、新闻、妇联、共青团等共同构建的横向艾滋病健康教育网络，共同实施艾滋病健康教育活动。

第三节　公众艾滋病健康教育的主要对象、内容、方法

一　对普通公众的艾滋病健康教育

（一）方法

公众艾滋病健康教育的主要对象包括普通公众（社区居民包括城镇居民和农村居民）、医务人员、学生、党政领导干部和公务员等。对上述人群的艾滋病健康教育的内容和方法既有共同点，又因人群特征的不同，而需要针对性的内容和方法。对普通公众的艾滋病健康教育方法即在《艾滋病健康教育的策略与措施》（本章第二节）中讨论的各种方法（也是对医务人员、学生和党政领导干部进行艾滋病健康教育的基本方法），这里不再赘述。

（二）内容

1．艾滋病的危害。

（1）危害的普遍性和长期性。所有人群对HIV都没有免疫力，都可能被感染并发病。各类人群普遍易感，都处于艾滋病的威胁之下。艾滋病病毒在人体内可潜伏1~15年，其间大多无症状或只有轻微症状，容易在不被察觉的情况下将HIV传染给其他人，使艾滋病的威胁长期存在。迄今为止，艾滋病仍无有效的疫苗和治愈的方法，这也将使艾滋病的危险广泛而长期存在。

（2）危害的多层次性和严重性。艾滋病危害个人、家庭、社会，影响健康、经济、国力。这些影响和危害是严重的，甚至是毁灭性的。

对个人而言，艾滋病病毒感染者一旦知道自己感染了艾滋病病毒，心理上会产生巨大的压力；艾滋病病毒感染者容易受到社会的歧视，很难得到亲友的关心和照顾；个人健康状况严重受损，影响正常的工作和生活；艾滋病病毒感染者一旦发展成艾滋病人，健康状况就会迅速恶化，患者身体上要承受巨大的痛苦，最后被夺去生命。

对家庭而言，多数感染者及艾滋病病人处于养家糊口的年龄，往往是家庭经济的



主要来源，当他们本身不能再工作，又需要支付高额的医药费时，其家庭经济状况就会很快恶化；医疗费用昂贵，给家庭造成巨大的经济压力；社会上对艾滋病人及感染者的种种歧视态度会殃及其家庭，他们的家庭成员和他们一样，也要背负沉重的心理负担，由此容易产生家庭不和，甚至导致家庭破裂；有艾滋病病人的家庭，其结局一般都是留下孤儿无人抚养，或留下父母无人养老送终。

对社会而言，艾滋病的严重流行，使平均期望寿命下降（如赞比亚的平均期望寿命从1998年的65岁下降到2010年的33岁）；艾滋病病程长，用于延缓病情发展、减少死亡的医疗与卫生费用昂贵（如泰国在1988～1998年期间，每个艾滋病病人的人均治疗费是其人均国民生产总值的16～18倍）；艾滋病主要发生在青壮年，导致社会劳动力资源的丧失，影响国民经济发展（如预计到2011年南非累计死于AIDS的人数将达500万）；艾滋病夺取成人的生命，造成了单亲家庭和孤儿的增加，成为社会长期的负担和压力；艾滋病感染者和患者不能正确地对待面临的生理、心理压力时，可能产生反社会行为，给社会造成危害。

2. 预防艾滋病的教育。

（1）艾滋病是完全可以预防和控制的：这是因为艾滋病病毒的传播与其他传染病不同，HIV感染主要是个人行为所致，艾滋病是一种“行为病”，完全可以通过控制行为来预防。

（2）性途径传播的预防教育：①艾滋病经性传播的途径可分为异性传播和同性传播两类；②加强性伦理道德和法制教育，保持单一性伴侣关系；③坚持正确使用高质量的安全套，推行安全性行为；④早期治疗性病。性病病人及其性伴侣应该同步进行早期诊断、早期治疗。性病感染者，将增加艾滋病病毒的易感性2～9倍，积极早期诊治性病是有效降低HIV感染率的途径之一。

（3）血液途径传播的预防教育：①遵守禁毒法律，认识吸毒与感染艾滋病病毒的关系及其危险性；②降低危害教育，不共用注射器和针头注射毒品；③尽量减少不必要的输血并逐步扩大自体输血的方法；④大力加强控制医源性传播，各级医院应建立防止院内交叉感染的各项规章制度，完善各项消毒措施。医、护包括从事人工授精、接触血制品的卫生工作者要加强防护意识，提高预防艾滋病病毒感染的警觉性，遵守各项操作规程；⑤全面开展献血员艾滋病病毒抗体检测，有高危险行为的人群不宜献血，不能提供人体骨髓、器官、精液等以保证接受者的安全；⑥养成不与他人共用牙刷、刮脸刀、电动剃须刀等个人良好卫生习惯；⑦加强对理发、美容等服务行业的卫生监督，保证用具消毒。

（4）母婴传播的预防教育：艾滋病病毒阳性妇女要怀孕时一定要到相关机构如妇幼保健院咨询。一旦怀孕，应接受全程的母婴传播阻断治疗和服务。

（5）非传播途径教育：日常生活和工作接触不会感染艾滋病病毒；与艾滋病病毒感染者/病人握手、拥抱，共用学习用品或办公用品，共用交通工具等不会感染艾滋病病毒；游泳池、马桶、洗手池、浴池、电话机、卧具、毛巾设施用品不会传播艾滋病病毒；咳嗽、打喷嚏、擤鼻涕也不会传播HIV；蚊虫叮咬不传播HIV。

3．基本知识及其重要信息。

为向大众媒介和艾滋病健康教育工作者提供准确的信息和基本的知识内容，卫生部邀国内专家反复研讨，制订了向全民普及艾滋病预防知识的要点，包括十条基本知识和与这十条知识相关的重要信息。

十条基本知识及其重要信息

十条基本知识

（1）艾滋病是一种病死率极高的严重传染病，目前还没有治愈的药物和方法，但可以预防。

（2）艾滋病主要通过性接触、血液和母婴三种途径传播。

（3）与艾滋病病人及艾滋病病毒感染者的日常生活和工作接触不会感染艾滋病。

（4）洁身自爱、遵守性道德是预防经性途径传染艾滋病的根本措施。

（5）正确使用避孕套不仅能避孕，还能减少感染艾滋病／性病的危险。

（6）及早治疗并治愈性病可减少感染艾滋病的危险。

（7）共用注射器吸毒是传播艾滋病的重要途径，因此要拒绝毒品，珍爱生命。

（8）避免不必要的输血和注射，使用经艾滋病病毒抗体检测的血液和血液制品。

（9）关心、帮助和不歧视艾滋病病人及艾滋病病毒感染者是预防与控制艾滋病的重要方面。

（10）艾滋病威胁着每一个人和每一个家庭，预防艾滋病是全社会的责任。

（1）艾滋病是一种病死率极高的严重传染病，目前还没有治愈的药物和方法，但可以预防。

◇艾滋病的医学全名为“获得性免疫缺陷综合征”（英文缩写AIDS），是由艾滋病病毒（人类免疫缺陷病毒——HIV）引起的一种严重传染病。

◇艾滋病病毒侵入人体后破坏人体的免疫功能，使人体发生多种难以治愈的感染和肿瘤，最终导致死亡。

◇艾滋病病毒对外界环境的抵抗力较弱，离开人体后，常温下只可生存数小时至数天。高温、干燥以及常用消毒药品都可以杀灭这种病毒。

◇感染艾滋病病毒4~8周后才能从血液中检测出艾滋病病毒抗体，但在能测出抗体之前已具有传染性。艾滋病病毒感染者的血液、精液、阴道分泌液、乳汁、伤口渗出液中含有大量艾滋病病毒，具有很强的传染性。

◇已感染艾滋病病毒的人平均经过7~10年的时间（潜伏期）才发展为艾滋病病人。在发展成艾滋病病人以前外表看上去正常，他们可以没有任何症状地生活和工作很多年，但能够将病毒传染给其他人。

◇当艾滋病病毒感染者的免疫系统受到病毒的严重破坏，以致不能维持最低的抗病能力时，感染者便发展成为艾滋病病人，出现有原因不明的长期低热、体重下降、盗汗、慢性腹泻、咳嗽等症状。

◇目前还没有能够治愈艾滋病的药物，已经研制出的一些药物只能在某种程度上缓解艾滋病病人的症状和延长患者的生命。



◇积极接受医学指导和治疗，可以帮助艾滋病病人缓解症状、改善生活质量。

◇至今还没有研制出可以有效预防艾滋病的疫苗。

（2）艾滋病主要通过性接触、血液和母婴三种途径传播。

◇在世界范围内，性接触是艾滋病最主要的传播途径。

◇艾滋病可通过性交的方式在男性之间、男女之间传播。

◇性接触者越多，感染艾滋病病毒的危险越大。

◇共用注射器吸毒是经血液传播艾滋病的重要危险行为。

◇输入或注射被艾滋病病毒污染的血液或血液制品就会感染艾滋病。

◇使用被艾滋病病毒污染而又未经消毒的注射器、针灸针或其他侵入人体的器械会传播艾滋病。

◇1/3的感染了艾滋病病毒的妇女会通过妊娠、分娩和哺乳把艾滋病传染给婴幼儿。

◇大部分感染了艾滋病病毒的婴幼儿会在3岁以前死亡。

◇因艾滋病而失去父母的孤儿身心发育会受到影响，还将增加社会的负担。

◇怀疑自己有可能感染艾滋病病毒的妇女应在孕前到有条件的医疗机构作艾滋病病毒抗体检查和咨询。

◇怀疑或发现感染艾滋病病毒的孕妇应到有关医疗机构进行咨询，接受医务人员的指导和治疗。

（3）与艾滋病病人及艾滋病病毒感染者的日常生活和工作接触不会感染艾滋病。

◇在工作和生活中与艾滋病病人和艾滋病病毒感染者的一般接触（如握手、拥抱、共同进餐、共用工具、办公用具等）不会感染艾滋病。

◇艾滋病不会经马桶圈、电话机、餐饮具、卧具、游泳池或公共浴池等公共设施传播。

◇咳嗽和打喷嚏不传播艾滋病。

◇蚊虫叮咬不传播艾滋病。

（4）洁身自爱、遵守性道德是预防经性途径传染艾滋病的根本措施。

◇建设精神文明、提倡遵纪守法，树立健康积极的恋爱、婚姻、家庭及性观念是预防和控制艾滋病/性病传播的治本之路。

◇性自由的生活方式、婚前和婚外性行为是艾滋病/性病得以迅速传播的温床。

◇卖淫、嫖娼等活动是艾滋病/性病传播的重要危险行为。

◇有多个性接触者的人应停止高危行为，以免感染艾滋病或性病而葬送自己的健康和生命。

◇青年人要学会克制性冲动，过早的性关系不仅会损害友情，也会对身心健康产生不良影响。

◇夫妻之间彼此忠诚可以保护双方免于感染艾滋病和性病。

（5）正确使用避孕套不仅能避孕，还能减少感染艾滋病/性病的危险。

◇正确使用质量合格的避孕套不仅可以避孕，还可以有效减少感染艾滋病/性

病的危险。每次性交都应该使用避孕套。

◇避孕套预防艾滋病/性病的效果并不是100%，但远比不使用避孕套安全。

◇除了正确使用避孕套，其他避孕措施都不能预防艾滋病/性病。

◇男性感染者将艾滋病传给女性的危险明显高于女性传给男性的危险。妇女有权主动要求对方在性交时使用避孕套。

（6）及早治疗并治愈性病可减少感染艾滋病的危险。

◇性病患者比没有性病的人容易感染艾滋病。患有生殖器脓疮、溃疡、炎症的人更容易感染艾滋病，并且也容易将病毒传染给别人。因此，迅速治愈各种生殖器感染可以减少感染和传播艾滋病。

◇如怀疑自己患有性病或生殖器感染要及时到正规医院或性病防治所检查、咨询和治疗，还要动员与自己有性接触的人也去接受检查。

◇部分女性感染性病后无明显症状，不易察觉，如有高危行为，应及时去医院检查和治疗。

◇正规医院能提供正规、保密的检查、诊断、治疗和咨询服务。切不可找游医药贩求治，也不要购药自治，以免误诊误治，延长病程，增加感染艾滋病的机会。

◇怀疑自己感染了艾滋病病毒时，应尽早到有条件的医疗卫生单位去做艾滋病病毒抗体检查和咨询。

（7）共用注射器吸毒是传播艾滋病的重要途径，因此要拒绝毒品，珍爱生命。

◇吸毒是一种违法行为，不仅严重危害吸毒者自己的健康和生命，也危害家庭和社会。

◇远离毒品可以最大限度地避免因吸毒感染艾滋病。

◇与他人共用注射器吸毒的人感染艾滋病的危险特别大。

◇不共用注射器、使用清洁注射器或消毒过的注射器，可以有效地减少吸毒传播艾滋病的危害。

◇与注射毒品的人性交容易感染艾滋病。

（8）避免不必要的输血和注射，使用经艾滋病病毒抗体检测的血液和血液制品。

◇依法无偿献血，杜绝贩血卖血，加强血液检测是保证用血安全的重要措施。

◇对血液和血液制品进行严格的艾滋病病毒抗体检测，确保用血安全，是防止艾滋病经采供血途径传播的关键措施。

◇应尽量避免不必要的输血和注射，使用血浆代用品和自身血液是安全用血的措施之一。

◇必须输血时要使用经过艾滋病病毒抗体检测的血液和一次性或经过严格消毒的输液器。

◇严格执行各项有关消毒的规章制度是防止艾滋病经血液传播的重要环节。儿童预防注射要使用一次性注射器，如没有条件，则必须做到一人一针一管一用一消毒。

◇医务人员和特种行业（酒店、旅馆、澡堂、理发店、美容院、洗脚房等）服务人员所用的刀、针和其他易刺破或擦伤皮肤的器具必须经过严格消毒。

（9）关心、帮助和不歧视艾滋病病人及艾滋病病毒感染者是预防与控制艾滋病的



重要方面。

◇艾滋病病人及感染者的参与和合作是艾滋病预防与控制工作的一个重要组成部分。

◇对艾滋病病人及感染者的歧视不仅不利于预防和控制艾滋病，还会成为社会的不安定因素。

◇艾滋病病毒感染者是疾病的受害者，应该得到人道主义的同情和帮助。

◇家庭和社区要为艾滋病病人及感染者营造一个友善、理解、健康的生活和工作环境，鼓励他们采取积极的生活态度，改变高危行为，配合治疗，有利于提高病人及感染者的生命质量、延长生命，也有利于艾滋病的预防与控制工作和维护社会安定。

（10）艾滋病威胁着每一个人和每一个家庭，预防艾滋病是全社会的责任。

◇艾滋病在全世界，特别是在发展中国家迅速蔓延。我国艾滋病流行已进入快速增长期。

◇如不能及时、有效地控制艾滋病的流行，将会对国家的社会、经济发展造成严重影响。

◇建立政府领导、多部门合作和全社会共同参与的艾滋病预防与控制体系，形成有利于艾滋病防治的社会环境是控制艾滋病流行的重要成功经验。

◇我国预防控制艾滋病的策略是预防为主、宣传教育为主、动员全社会参与、实行综合治理。

◇宣传教育和改变危险行为的艾滋病预防措施已被证明是有效的。

◇每个人都有权且必须懂得预防艾滋病的基本知识，避免危险行为，加强自我保护。

◇人人都应该把懂得的艾滋病预防知识告诉其他人。

◇向青少年宣传预防艾滋病 / 性病的知识，开展学校性教育，保护青少年免受艾滋病 / 性病的危害，是每个家庭、每个学校、每个社区和全社会的共同责任。

二　对党政领导干部的艾滋病健康教育

（一）对党政干部的艾滋病健康教育的意义

“加强对领导干部的倡导和培训，提高对艾滋病防治工作重要性的认识”，这是我国历年艾滋病防控工作的重点之一。在我国艾滋病防控工作中，增强各级党政领导的防控意识、发挥他们的作用至关重要。世界各国也非常重视领导对促进艾滋病防治

案例5：中央党校的靳薇教授对380名党政领导干部进行了“对艾滋病歧视的调查”，结果发现[3]：34.4%非常同意和基本同意"只有卖淫嫖娼和同性恋者才会感染HIV"，36.2%的人非常同意和基本同意"在工作提升、调动、培训或就业等方面限制HIV感染者的机会"，38.6%的人非常同意和基本同意"将HIV感染者/AIDS患者与健康人群隔离"。在中英艾滋病策略项目支持下，湖北省曾对其所属的9个县（包括艾滋病综合防治示范县）进行调查[3]，调查发现：27.1%的基层领导尚不知道目前医学界还没有治愈艾滋病的方法且尚未研制出预防艾滋病的有效疫苗，41.5%的人过低估计感染形势，18.0%的领导干部不了解“四免一关怀”政策的具体内容，3.6%的领导干部认为在公共娱乐场所实施“100%安全套项目”会鼓励卖淫嫖娼。

的作用，1991年世界艾滋病日的主题是"共同迎接艾滋病的挑战。这个主题的目的在于呼吁各国政府都要行动起来承担预防和控制艾滋病的责任。2007和2008年两年的世界艾滋病日主题都是“领导”，意在突出领导者在艾滋病防治中的作用。这一主题通过世界艾滋病日运动的口号“遏制艾滋，履行承诺”加以推广。2008年11月28日，在防艾宣传云南行活动中，卫生部马晓伟副部长还专门向云南党政干部赠送了防治艾滋病的书籍。

（二）教育的重点内容

对领导干部的艾滋病健康教育内容，除基本知识及其相关信息外，更重要的是“艾滋病的流行形势和危害、防治艾滋病的政策、反对歧视、领导干部在艾滋病预防控制工作中应承担的责任、义务等”。相关内容如：

◇艾滋病在全世界，特别是在发展中国家迅速蔓延。我国艾滋病流行已进入快速增长期。如不能及时、有效地控制艾滋病的流行，将会对国家的社会、经济发展造成严重影响。

◇我国预防控制艾滋病的策略是预防为主、宣传教育为主、动员全社会参与、实行综合治理。每个人都有权且必须懂得预防艾滋病的基本知识，避免危险行为，加强自我保护。

◇2003年9月，在纽约召开的联合国大会艾滋病高级别会议上，中国卫生部常务副部长高强代表中国政府作出承诺：（1）增强政府的责任；（2）中国政府承诺加强对经济困难的艾滋病患者免费提供治疗药物；（3）完善法律法规建设，加强对危险行为的干预和预防宣传工作；（4）保护艾滋病病毒感染者和病人的合法权益，反对社会歧视；（5）积极开展国际合作。

> **案例6：**“未来，我国将进一步加强对各级领导干部的政策倡导和培训，将艾滋病防治课程纳入各级党校和行政学院的培训内容。”2008年11月30日，卫生部新闻发言人毛群安在当天举行的“2008年世界艾滋病日新闻发布会”做出上述表示。目前，中央党校以及10多所省级党校已将艾滋病防治知识和政策纳入了教学内容；国家教育行政学院、交通部党校、工商总局党校等也将艾滋病防治知识纳入了教学课程。

◇胡锦涛总书记指出，艾滋病防治是关系我中华民族素质和国家兴亡的大事。各级党政领导需提高认识，动员全社会，从教育入手，立足预防，坚决遏制其蔓延势头。

◇温家宝总理指出，对艾滋病防治工作，国务院高度重视，已经研究并作了部署。必须实行责任制，加强防治规划、监督检查、队伍建设、技术措施、依法管理等基础性工作，同时注意总结成功经验，真正把这件关系民族根本利益的大事抓紧抓好。

◇国务院制定了《中国遏制与防治艾滋病“十二五”行动计划》，建立了国务院防治艾滋病/性病协调会议制度，对遏制艾滋病的传播和流行作出了一系列重大决策，采取了一系列重大措施。

◇国务院已成立国务院防治艾滋病工作委员会，由李克强副总理任主任，并且每年组织开展全国艾滋病防治工作督导检查，对因领导不力、措施不当、隐瞒疫



情、玩忽职守造成艾滋病传播和流行的，要严肃追究有关责任人的责任。

◇2004年《国务院关于切实加强艾滋病防治工作的通知》中指出，为有效遏制艾滋病疫情快速上升的趋势，切实加强艾滋病防治工作：一要加强组织领导，明确职责任务；二要坚持预防为主，实施综合治理；三要加强疫情监测，规范疫情报告；四要落实救治政策，做好药品供给；五要加大投入力度，保障防治经费；六要开展关怀救助，加强病人管理；七要开展国际合作，提高防治水平。

案例7：2005年4月27~29日，云南省党政主要领导及其主要部门、16个州市的一把手，从繁重的工作事务中抽出宝贵时间，在昆明市参加了一个为期3天的"禁毒和防治艾滋病"研讨班。这次研讨班由云南省人民政府、清华大学、美国哈佛大学联合主办。研讨内容包括艾滋病对社会经济的影响、艾滋病与人权、艾滋病流行中的性别视角、防治艾滋病的综合策略、艾滋病孤儿与关爱措施等。通过研讨，云南的高层领导们注意到了艾滋病并不仅仅是健康问题，而是社会问题，与经济发展更是紧密相连的。从地方经济的角度出发，党政干部更应该重视、加强、推动防艾工作，而不是遮遮掩掩。

◇2003年，我国政府提出了"四免一关怀"政策，即：国家实施艾滋病自愿免费血液初筛检测；对农民和城镇经济困难人群中的艾滋病患者实行免费抗病毒治疗；对艾滋病患者遗孤实行免费就学；对孕妇实施免费艾滋病咨询、筛查和抗病毒药物治疗；将生活困难的艾滋病患者及其家庭纳入政府救助范围。

◇《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国刑法》、《中华人民共和国国境卫生检疫法》等法律法规规定：艾滋病为法定乙类传染病。

◇《艾滋病防治条例》自2006年3月1日起施行；《云南省艾滋病防治条例》自2007年1月1日起施行。

◇HIV感染者同健康人一样，有生存的需要和权力，不能将感染HIV和道德败坏等同，他们也不应该因感染HIV而受到歧视。世界各国已先后通过各种法规和政策来明确和保障HIV感染者的权利。

◇"HIV感染者和艾滋病病人及其家属不受歧视，他们享有公民依法享有的权利和社会福利"。

案例8：2009年，云南省委党校在中英策略支持项目的资助下，举办了全省党校系统预防艾滋病知识与社会管理师资培训班。培训一是聘请高知名度教师讲授，如中央党校联合国特别贡献奖获得者靳薇教授、中国艾滋病防治中心刘康迈研究员、香港预防艾滋病基金会莲爱珠总干事、省卫生厅防艾局徐和平局长、省公安学院马民爱副校长等；二是组织了戒毒所参观考察，使学员认识到云南省预防艾滋病必须和禁毒联系在一起；三是组织大会交流。学员从感性、理性、知识、技能都得到提高。学员回到各地对当地领导干部开展培训，效果很好。

◇保密：任何单位不得公开HIV感染者和艾滋病病人的姓名、地址、工作单位和病史等资料。

◇作为政府官员，不仅自身要做好艾滋病的预防，而且要严格贯彻执行中央对

于艾滋病管理和防治工作的方针政策，积极推动艾滋病防治工作在我国的开展。

（三）教育的方法

高层研讨或培训、宣讲团巡回宣讲，将艾滋病防治课程纳入各级党校和行政学院的培训内容、远程网络教育等，都是针对领导干部进行艾滋病教育的有效方法。

三 对医护人员的艾滋病健康教育

（一）对医护人员艾滋病健康教育的意义

通过对医护人员的艾滋病健康教育，可提高医护人员有关艾滋病知识，了解艾滋病的流行趋势，纠正其对艾滋病防治认识态度，改善医护人员的艾滋病预防性行为，促进医护人员向社会人群开展艾滋病与性病的健康教育活动。同时，通过对医护人员的艾滋病健康教育，还可扩大艾滋病防治途径（如扩大的艾滋病咨询和检测），不仅可以防治HIV自我感染传播，更对艾滋病通过血液传播的可能性有所遏制，对医护人员自我保护、预防医源性感染也是十分重要的。

1．医护人员是开展艾滋病健康教育最有影响、最有权威的人员。

在社会健康教育过程中，医院是社会人群与专业人员一个重要的结合点，医院的角色在无形中成为社会健康教育的一个重要环节。医护人员不但掌握系统的医药卫生知识，而且直接为病人服务，接触病人和家属，可以进一步了解病人的个人行为习惯。现阶段很多医院的服务还延伸到社区内的健康人群，病人、家属及社会人群对医护人员的教育深信不疑，易取得明显效果。对艾滋病这样特殊的病种，在医院这个特殊场所开展艾滋病健康教育，具有其他公共场所不具备的优势，因为一个人处于健康状态时，往往体会不到健康的可贵和幸福，更体会不到健康知识的重要性，对艾滋病有关知识缺乏自觉要求。然而，一旦受到高危行为威胁或受到疾病痛苦折磨时，对艾滋病知识的渴求则会大大提高，此时由医护人员开展艾滋病健康教育，效果会更好。

2．医护人员有对个人实施健康防护，避免医源性感染的责任。

艾滋病传播途径中，除性接触与医护人员直接关系不大外，经血液接触、母婴传播都与医护工作者有很大关系。如前一阶段个别地区追求经济利益，血源管理混乱，进血渠道不顺，造成血液污染，出现因输血或使用血液制品而染上艾滋病病毒，或者有的因医疗器械消毒不严，造成交叉感染。这些问题在个体医疗点更突出。对医务人员进行艾滋病医源性感染相关知识的健康教育，使之不仅掌握艾滋病的危害、传播、预防等知识，更应端正对艾滋病及艾滋病患者的认识，从而主动作为一个教育者，利用自身的优势去教育、指导人们，特别是高危人群改变不良行为，提高 KABP（知识、态度、信念、行为）水平，积极预防艾滋病。

3．医护人员处于因职业暴露感染艾滋病病毒的威胁之下。

医护人员常见职业暴露有针刺、切割、抽血、直接接触等，美国CDC市场抽样调查显示，重症监护、心脏监护室、急诊室、手术室和病房各场所针尖扎伤的比例分别为7%、7%、29%和34%。医护人员暴露于HIV后，如不懂应急处理措施及后续预防服药操作程序，就极易被感染上艾滋病病毒。



4. 医护人员是扩大艾滋病咨询和检测的实施者。

截至2011年底，我国现存艾滋病病毒感染者和病人约78万人，但同时有近45%的感染者和病人未经过检测，不知道自己的感染状况，没有获得治疗、咨询、关怀和支持，有些继续从事高危行为，传播着艾滋病。如何让这些潜在的“影子”感染者尽早接受检测，得到救治，并防止二代传播，无疑对我国防治艾滋病工作有着巨大的意义，因此，在医疗机构由医务人员主动对所有病人提供的咨询和检测（PITC）就变得尤为重要。

（二）教育的主要内容

对医护人员的艾滋病健康教育内容，除基本知识及其相关信息外，更重要的是下述内容：

1. 如何对待感染者？

法律规定不能拒绝HIV感染者和AIDS病人就诊；治疗时做好自我防护，避免医源性传播；对病人治疗时考虑HIV的影响；对病人的HIV感染状态保密；给病人予科学知识。

2. 职业暴露感染HIV的可能性有多少？发生职业暴露后应该怎么处理？

3. 医护人员如何安全处置锐利器具？

4. 咨询与检测。

5. 艾滋病相关知识传播技巧。

医护人员除了要掌握艾滋病的相关知识、注意自我防护、杜绝医源性传播外，还应用自己所掌握的知识，去教育、改变社区人群特别是高危人群的观念和行为。而艾滋病的高危人群包括同性恋者、性乱者和有多个性伙伴者、注射吸毒者、父母是艾滋病患者的儿童、性病患者等。他们的知识层次、社会背景、高危因素、对艾滋病预防知识的认同程度等方面各不相同，对他们的教育不能千篇一律，要讲究技巧，力求灵活多样、针对性强、有说服力、易接受，还应注意对教育对象的隐私保密。

（三）教育的方法

可行的方法有岗前教育：对新分配来的医生、护士、检验人员及其他医技人员进行岗前培训，学习艾滋病的相关知识，经考核合格后方能上岗。继续教育：将艾滋病知识的健康教育纳入医务人员的继续教育，对医护人员进行在职培训、网络教育、专业人员脱产培训等，并授予相应的学分，在年终考核时需达到一定的分值才能评为合格。

四　对青少年的艾滋病健康教育

（一）对青少年艾滋病健康教育的意义

1. 在青少年中开展预防艾滋病健康教育是必要的。

艾滋病流行的危害十分严重，青少年是艾滋病的主要受害人群。据WHO估计，大约50%的HIV感染者为25岁以下的青少年，全世界每14秒钟便有 1 名青少年感染上艾滋病病毒。据报道，我国艾滋病的患者中，15~29岁的青少年约占60%。青少年感染HIV脆弱性的原因主要是缺乏对性传播疾病、毒品与艾滋病关系的基本认知，预防艾滋病知识普遍缺乏。青少年在11~14岁进入了性成熟期，生理上的发育逐渐成熟，对性的种

种问题处于朦胧状态，既感到好奇、新鲜，又感到困惑、迷惘，若没有家长、学校和社会的正确引导与教育，就可能形成不正确的性心理，容易走上歪路。青少年学生性观念已经发生较明显的变化，有许多青年在相对早的年龄就开始了性行为，并且由于知识缺乏、不懂或不能坚持使用避孕套以保护自己，成为了艾滋病的受害者。同样由于好奇、交友不慎等原因，很多青少年染上吸毒恶习，我国已登记在册的吸毒者中，青少年占80%，且注射吸毒的比例逐渐增高。

2. 在青少年中开展预防艾滋病健康教育是可行和有效的。

在不同人群中进行艾滋病健康教育，教育效果会明显不同。心理学家认为艾滋病的高危行为如性交和吸毒等能给行为者带来一定的快感，再加上文化、习俗等，往往使行为者很难改变这种高危行为，即使他们知道行为是有害的。所以对成年人而言，健康教育较难改变其已有的行为习惯，而青少年人群则完全不同。青少年正处在成长发育时期，很多观念还未形成，具有可塑性，此时对他们进行健康教育，帮助青少年建立科学的认识，对于其正确态度和行为的形成是十分有效的。学校有固定的场所、设施、师资及良好的教学组织形式；教师在学生中具有权威性，学生信任老师，容易产生好的效果。

（二）教育的主要内容

《教育部、卫生部关于加强学校预防艾滋病健康教育工作的通知》中明确了学校预防艾滋病健康教育的教学内容。

各级学校预防艾滋病健康教育的教学内容：

1．初中阶段。

（1）性生理发育知识和卫生保健常识。

（2）什么是艾滋病病毒（HIV），艾滋病（AIDS）和性病（STD）。

（3）艾滋病国内外流行现状、趋势及其对个人、家庭造成的危害。

（4）艾滋病／性病的主要传播途径和不传播的途径。

（5）预防艾滋病的方法和措施：

①珍爱生命，远离毒品。

②增强抵御不良行为和侵犯的能力，提高生活技能。

③不去无行医执照或无消毒措施的街头诊所、美容所等场所打针、输液、扎耳洞、纹身等。

④不与他人共用牙刷、牙签、剃须刀及有可能刺破皮肤、黏膜的日常生活用品。

（6）不惧怕、不歧视艾滋病病人与艾滋病病毒感染者。

（7）了解我国获取相关信息、寻求帮助的途径和机构。

2．高中阶段。

在初中学段的基础上，强化和增加以下内容：

（1）与青春期性生理发育相关的心理健康知识与责任感教育。

（2）艾滋病对家庭和社会的危害（重点在对家庭所带来精神打击、经济压力、家庭的破裂；对人类社会造成的劳动力损失、生产率的降低、社会发展倒退等）。



（3）艾滋病病毒感染者与艾滋病病人的区别，艾滋病病毒感染的“窗口期”和“潜伏期”。

（4）与无偿献血有关的知识。

（5）毒品的危害，吸毒与艾滋病。

（6）如何判断是否感染了艾滋病病毒。

（7）预防艾滋病的方法和措施：

①在与异性交往中，自尊、自爱，增强自我保护意识，对自己负责、对他人负责。

②学会拒绝的技能，避免婚前性行为。

③需要输血时，避免输入未经检验的血液及血液制品。

（8）同情、关心艾滋病病毒感染者及艾滋病病人，反对歧视行为。

（9）了解我国预防和控制艾滋病的相关政策与法规。

3．大学阶段。

在高中学段的基础上，强化和增加以下内容：

（1）与预防艾滋病 / 性病相关的伦理道德教育及法制教育。

（2）深入了解艾滋病 / 性病的国内外流行趋势及其对人类社会发展造成的危害。

（3）艾滋病 / 性病的主要临床表现。

（4）无偿献血知识。

（5）预防艾滋病的方法与措施：

①自尊、自爱、关心他人、有责任感。

②树立健康观念，遵守婚姻、家庭的文明道德规范。

③拒绝婚前性行为和非婚同居。

④避免不必要的注射，避免使用消毒不严格的注射器、口腔器械及手术器械。

⑤了解安全套在预防艾滋病 / 性病中的作用，知道安全套的正确使用方法。

（6）关爱、帮助艾滋病病人及艾滋病病毒感染者。

（7）了解我国预防和控制艾滋病的相关政策与法规。

（8）积极参与艾滋病预防宣传教育活动。

结合教育部的要求，应就下述内容进行重点教育：

1．健康性观念ABC策略。

健康性观念ABC是联合国艾滋病规划署在全球健康人群中推崇的一种性教育模式，A（abstinence）指节制性欲或推迟首次性行为时间，B（be faithful）指忠实于自己的性伴或减少性伴的数量，C（condom）指正确使用安全套。健康性观念ABC既倡导洁身自爱、遵守性道德，避免多性伴、婚前和婚外性行为以及卖淫嫖娼等危险行为，同时提供使用安全套的减低危害技能。对健康人群可以起到未雨绸缪的作用，减少和避免性病、艾滋病对健康者的侵袭，是预防经性途径感染艾滋病病毒的根本措施。台湾台北县政府卫生局在全县330所国中小、高中各级学校全面推展，美国更是在全国范围的学校推行此项措施。

通过健康性观念ABC教育，艾滋病病毒经性途径感染的危险是可以降低和避免的。要学会识别正确、健康的性知识来源，不要看黄色书刊或从低级网站上获得相

关的性知识。要把握异性交往的尺度，要自尊、自爱，增强自我保护意识。恋人之间应彼此忠诚，要对自己健康和生命负责，对他人健康和生命负责，避免发生婚前性行为。发生婚前性行为对彼此身心健康都有不利影响。应坚决抵制卖淫、嫖娼等违法活动。

2. 预防性侵犯的原则和方法。

性侵犯是指非意愿性的和带有威胁性的各种性攻击行为，比如强奸、猥亵等。性侵犯的对象不仅仅是女生，也包括男生。要学会保护自己，避免成为性侵犯的受害者。

第一，要有防范和自我保护的意识。从外表上看，坏人与常人没有什么区别，要提高警惕，小心上当受骗。第二，要珍惜自己的身体，性器官是身体非常隐私的部位，平时遮盖起来，不能随便在别人面前裸露，更不能轻易让人触摸。第三，当父母不在家时，不随便给其他人开门。要把门从里面锁好，防止陌生人进入。不要轻信陌生人，千万不要跟陌生人走（如让你给带路、找东西等），更不要带陌生人回家。第四，不要单独待在僻静的地方，避免黑夜单独外出。不要独自去偏远的公园，不要独自通过昏暗的地下通道，不要独自去无人管理的公厕。外出活动时要征得父母的同意，并将行程、大概回家的时间告诉父母。如果回来晚、路途又较远，要让父母亲去接。不要随便出入电子游戏机房、台球厅、歌舞厅、酒吧等活动场所。不要吃陌生人递过来的食物，不要接受陌生人送的钱财、礼物、玩具，不要搭乘陌生人的便车，遇有驾车的陌生人问路，要与车身保持一定的距离。第五，当你独自在街上或其他地方行走，发现被坏人盯上时，要设法迅速摆脱坏人。除非迫不得已，要尽量避免与坏人正面对抗。如果是晚上，要朝灯光明亮的大街上或行人往来较多的地方跑。如果被坏人纠缠，要高声喊叫，并迅速跑开。碰到有坏人做坏事，要迅速找附近的公用电话，拨打110报警。如果遇到强暴的威胁时，要大声喊叫，并迅速跑向人多的地方。

3. 拒绝毒品，预防经注射毒品传播艾滋病。

要坚决拒绝尝试毒品，在诱惑面前说“不”。与怀疑有贩毒或吸毒行为的人交往会增加沾染毒品的危险。吸毒可使吸毒者沉湎于虚幻的自我体验中而不能自拔，丧失对人际交往的兴趣，丧失对生活的热爱，学习成绩直线下降。学习对他们来说再也没有意义，支撑他们空空躯壳的唯一目的便是设法获得毒品，当无钱购买毒品时，就会不择手段地去偷、去抢、去卖淫，他们极易铤而走险，导致不良行为和犯罪行为的发生。在娱乐场所或其他公共场所交友，要三思而后行。

4. 反对歧视和主动参与。

艾滋病病毒感染者和病人是疾病的受害者，应该得到理解和关心。感染艾滋病病毒的人拥有上学、工作、就医的权利，他们的合法权益受法律保护。青少年应当尊重和关心艾滋病病毒感染者、病人及受艾滋病影响的人们，尊重和关心他们，就是关心我们自己。

青少年要主动学习预防艾滋病的知识，并将掌握的知识告诉家人和朋友。艾滋病威胁着每一个家庭、每一个人，影响社会发展和稳定，预防艾滋病是大家共同的责任。应主动学习预防艾滋病的知识，全面了解相关信息，掌握自我保护技能，培养健

康的生活方式。应将掌握的知识、方法和技能与家人和朋友分享，做艾滋病防治知识的传播者，为预防控制艾滋病作出自己的贡献。

（三）教育的方法

1. 校内教育。

在中小学，可与相关学科教育结合，将有关预防艾滋病健康教育知识渗透到思想品德、生物课、体育与健康、综合实践活动等课程中。可利用专题讲座、主题班会、同伴教育、发放预防艾滋病健康教育处方、校园广播、墙报板报、知识竞赛等多种形式开展预防艾滋病教育。大学利用选修课、专题讲座、同伴教育、网络教育、校园广播、报刊专栏、知识竞赛、咨询活动等形式进行预防艾滋病宣传教育。

课堂正规教育是对学生进行艾滋病教育的主要形式。教育部先后下发了《关于贯彻落实〈中国遏制与防治艾滋病行动计划〉的意见》、《教育部、卫生部关于加强学校预防艾滋病健康教育工作的通知》等文件，文件要求："省级教育行政部门要确保在地方课时中安排预防艾滋病专题教育课时，即初中6课时、高中4课时、中等职业学校4～6课时；普通高校应开设专题讲座或将其内容纳入健康教育等相关课程，每学年平均不少于1课时"。

在课堂教学活动中，应尽可能采用参与式和互动式是教学方法与技巧，如：解决问题法如头脑风暴、价值澄清等；讨论法如问答、问题箱、分组讨论等；戏剧化教学法如游戏表演、角色扮演、演剧、看故事和讲故事等。其他方法如示范、个人和集体报告、实地考察旅行、调查、解说性展示等。

> **案例9：**2011年，云南师范大学预防艾滋病研究与教育中心在云南省艾滋病防治创新项目的支持下，通过实践，总结以往的学校艾滋病健康教育经验，探索有效的艾滋病性病健康教育干预措施，并将学校（高校）艾滋病性病健康教育干预模式总结为四类：（1）以教师为主导的艾滋病性病健康教育的干预模式；（2）以志愿者为主体的艾滋病性病健康教育干预模式；（3）以社团为媒介的艾滋病性病健康教育干预模式；（4）以学生自我教育为目标的艾滋病性病健康教育行为干预模式。

2. 校外教育。

可组织多种形式的校外、课外预防艾滋病健康教育活动，如预防艾滋病健康教育征文活动、中学生预防艾滋病绘画宣传活动、大学生暑期"三下乡"红丝带行动（面向农村地区进行预防艾滋病知识的宣传教育）、大中学校预防艾滋病健康教育网上有奖问答活动等。

3. 同伴教育（peer education）。

（1）概念。同伴教育指"年龄或社会地位相似的人之间相互分享信息、价值与行为"。同伴健康教育在学校的应用最早可追溯到1957年美国内布拉斯加州大学的一项流感免疫接种项目，来自于学生中的同伴教育者成功地说服了学生们进行免疫接种。

同伴榜样是儿童社会化的基本过程，由同伴构成的社会网络在青少年成长的过程中扮演着重要的角色。同伴间相互交流的平等、对称、互惠的特点给成长中的

青少年提供了特殊的学习机会，并且他们的行为会受到同伴这个团体的行为准则的影响。同伴教育的本质特征是教育者与被教育者是相互融洽、有信任感的同龄伙伴（如同学、朋友、病友）关系，而非师生关系，因而便于通过人际交流与反馈，相互分享生活中有用的经验和信息。

（2）内容与形式。同伴教育内容除了艾滋病的基本知识外，还包括与危险行为改变有关的自我效能和生活技能，比如安全的使用、交流的技巧、作决定的能力等。在学校开展同伴教育有多种形式如：同伴教育者作为主持人，进行参与式的课堂教育；由同伴教育者带头的校园宣传活动，比如文艺晚会、知识竞赛等；知识信息的传播，比如同伴教育者在校园内动员同学制作并发放宣传小册子等。

（3）同伴教育者。同伴教育者应具备下述素质和条件：应是学生（或校外青少年）中的一员；可靠、正直、有一定创造力；有责任心、自信心和自愿为同伴服务的精神；在同伴中有一定威信和影响力，同伴有问题时常向他（她）咨询，其观念能被同伴所接受；有一定的组织协调及公关能力；口齿清楚，有较好的语言表达能力；掌握一定的人际交流技巧（如不压制和歧视对方，积极倾听，采用非评判语言等）。

（4）对同伴教育者的支持。对同伴教育者要给予一定的支持，如材料支持：参考书、发放的材料、供小组活动时使用的教具等；技术支持：不断提供知识和技能培训等；经济支持：提供一定的工作补贴等；精神支持：提供经常性聚会，颁发证书等。

第四节 艾滋病健康教育的策划与实施过程

艾滋病健康教育的策划与实施应遵循以下步骤：

第一步，确定问题。目前在艾滋病健康教育活动中，大体上存在什么问题？什么问题应优先解决？

第二步，确定目标人群。要解决问题，需要增长谁的知识、改变谁的态度、促进谁的行为？需要首先施加影响的人还有谁？

第三步，进行目标人群调查。进行定性及定量调查，分析数据，了解目标人群：

◇ 对有关问题的认识。

◇ 知识状况。

◇ 态度。

◇ 危险行为及其原因。

◇ 有关行为改变步骤的情况。

◇ 获得知识和改变行为的动机、障碍。

◇ 目前的交流（获得信息）途径。

◇ 首选（喜欢）的交流（获得信息）途径。

第四步，明确健康教育目标。陈述通过此次活动要让目标人群达到什么目标。

第五步，明确活动策略。什么样的策略、措施能吸引目标人群参与，促进部门的合作、资源的获得等？

第六步，选择健康教育途径。什么是吸引目标人群参与活动、增长知识、改变态度和行为的最佳途径？目标人群喜欢什么途径？

第七步，开发材料。将知识或观念传递给目标人群的最有效的文字、图片或声像材料是什么。聘请专业人员根据要求制作材料。

第八步，对目标人群进行预试验（pre-test）。通过对材料预试验了解目标人群的反应：

◇ 文字、图片或声像材料对他们具有吸引力吗？

◇ 他们理解这些信息吗？

◇ 他们能接受这些信息吗？

◇ 他们被说服了吗？

◇ 他们能自己辨别这些信息吗？

第九步，修改材料。预试验后修改材料，使之更加有效。

第十步，制订培训计划并制作培训材料。你需要受过培训的宣传员吗？如果需要，为培训他们你有何建议？

第十一步，实施健康教育活动。以适当的时间开展健康教育活动。

第十二步，收集反馈信息。目标人群对交流活动有何反馈？你需要有收集反馈意见的方法。

第十三步，评估健康教育活动的效果。重复定性定量调查，明确目标人群的知识、态度和行为改变情况。

参考文献：

1. 吕姿之.健康教育与健康促进（第二版），北京:北京医科大学出版社,2002.9

2. 卫生部.卫疾控传二发〔1998〕第6号.关于发放《预防艾滋病宣传教育知识要点》的函

3. 靳薇.党政领导干部对艾滋病歧视的调查结果分析.中国性病／艾滋病.2005.11（2）：126~128

4. 基层人员艾滋病防治政策执行情况调查. paper.51xue.cn/yixue/jichu/20081227/23280.shtml

5. 段勇.承诺与见证——云南省中英性病／艾滋病合作项目六年历程与成效.昆明:云南科技出版社,2006年9月

6. 董丽叶.4所医院医务人员针刺伤的调查［J］.中华医院感染学杂志，2003.13（9）：819

7. 医生职业暴露HIV的预防性用药: daifumd/dochome/html/207/articles/article_137336.html

8. 教育部.教体艺〔2002〕5号.教育部、卫生部关于加强学校预防艾滋病健康教育工作的通知

思考题：

1. 什么是健康教育？
2. 艾滋病有哪些危害？
3. 如何加强艾滋病健康教育的计划性和有效性？
4. 大众传播与人际传播各有什么优点和局限性？
5. 举例说明影响艾滋病信息传播效果的因素有哪些？
6. 应从哪几方面开发和动员社区资源，为艾滋病健康教育服务？
7. 对医护人员进行艾滋病健康教育的重点内容有哪些？为什么？
8. 举例说明对领导干部进行艾滋病健康教育的重要性。
9. 开展学校艾滋病健康教育可采用哪些参与式的方法？
10. 简述艾滋病健康教育的策划与实施过程。

（段 勇）



第四章 艾滋病咨询检测

本章重点概述艾滋病自愿咨询检测的作用及实施原则，强调咨询技巧和方法，掌握检测前/后咨询注意事项，了解被咨询者的心理反应及危险评估分析方法。介绍了医疗机构主动提供艾滋病检测咨询基本要素、服务对象及服务流程，并阐明自愿咨询检测与主动提供艾滋病检测咨询的区别与联系。

第一节 艾滋病自愿咨询检测概述

一 艾滋病自愿咨询检测

为使更多的人了解自己的HIV感染状态，促进艾滋病预防控制工作开展，联合国艾滋病规划署提出了艾滋病自愿咨询检测，并将其作为艾滋病预防的重要公共卫生策略之一。

艾滋病自愿咨询检测（voluntary counseling & testing，VCT）是指人们通过咨询，在充分知情和完全保密的情况下，自愿选择是否接受HIV抗体检测、改变危险行为及获得相关服务的过程。VCT是一种干预策略，作为艾滋病预防、治疗、关怀和预防母婴传播等工作切入点和枢纽，服务内容包括检查前咨询、HIV抗体检测、检测后咨询、支持性咨询以及相关相关的治疗、关怀等转介服务。

二 艾滋病自愿咨询检测的目的

1．最大限度地发现HIV感染者和艾滋病病人，促进更多人了解自己的HIV感染状况，及时采取保护自己和他人的措施，预防HIV的传播。

2．通过艾滋病咨询服务的提供，使求询者得到情感和心理上的支持和行为指导，促进HIV抗体检测阳性或阴性者改变危险行为，预防HIV新感染的发生，控制艾滋病的流行。

3．通过转介服务的提供，使求询者及早获得适宜的诊疗、关怀支持与帮助，预防HIV母婴传播。

三　艾滋病自愿咨询检测的作用

1. 可以帮助更多的人获得有关艾滋病和HIV抗体检测的基本知识，加强艾滋病预防知识的宣传。

2. 促进高危人群改变危险行为，减少HIV的传播。

3. 帮助担心自己感染HIV的人群了解自己感染状况，并为他们提供与医务人员接触的机会，有利于获得有关医疗服务的信息。帮助他们了解国家有关法律法规和关怀救助的政策，及早获得有关治疗、关怀、预防等方面的服务和支持，减少艾滋病对个人、家庭以及社会的影响。

4. 及时发现感染HIV的孕产妇，帮助孕产妇做出最有益的选择，减少艾滋病对母婴健康的危害。

5. 通过艾滋病咨询检测可为高危人群提供心理、情感支持与各种转介服务，有利于加强艾滋病检测、治疗、关怀和预防等各部门、各机构之间的联系，促进各部门间的配合及相关工作的开展。如图4–1：

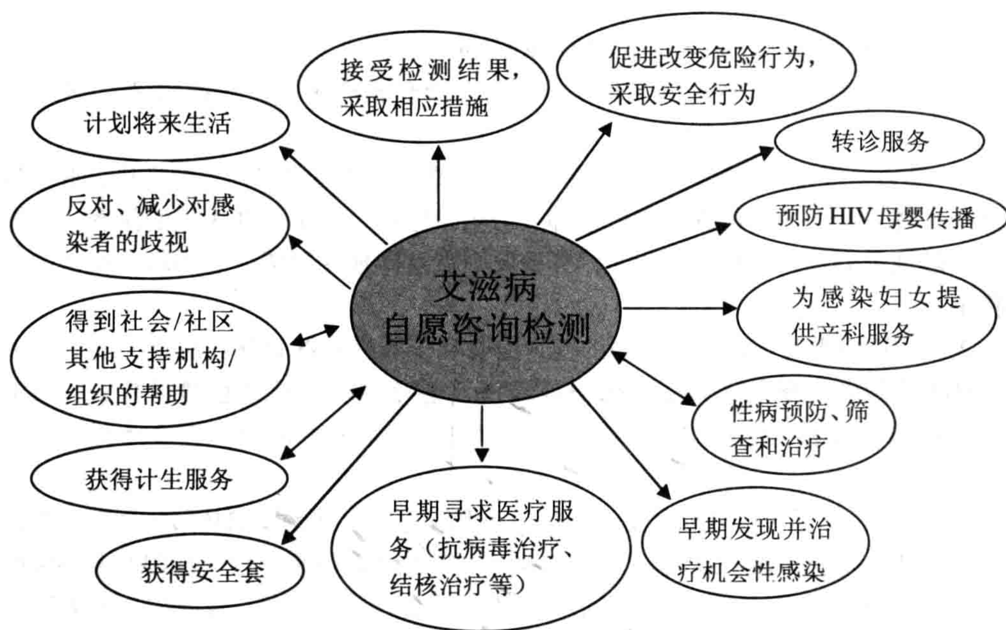


图4–1　艾滋病咨询检测、治疗、关怀各部门联系图

6. 广泛开展VCT服务，营造理解、关怀HIV感染者的社会氛围，对HIV感染者/艾滋病病人提供人文关怀，有利于减少歧视和对艾滋病的恐惧心理，争取社会支持，促进艾滋病相关服务制度化，使艾滋病预防控制工作得以持续和深入进行。

四　艾滋病自愿咨询检测原则

艾滋病自愿咨询检测服务的基本宗旨是维护个人与社会公共卫生利益，因此，兼



顾公共卫生利益和维护公民个人权益是艾滋病防治策略的基础，也构成了VCT服务过程中必须遵循的基本原则，即：

1. 知情同意：VCT服务中的知情同意，是指在咨询员帮助下，求询者获得并充分理解了有关HIV检测的所有必要信息，自愿作出是否接受检测的决定。强调知情同意，是因为求询者有权知道将要进行的检测给他们带来的益处和风险，有权了解检测的过程并决定是否接受检测。

2. 保密：凡是提供VCT服务的机构，必须在咨询门诊（室）的环境布置、咨询过程、检测报告、转介服务、档案记录和计算机信息等各个管理与服务环节中注意保护求询者的隐私。咨询员及所有能拿到求询者检测结果记录/档案的人员都必须接受保密教育。在未经求询者同意的情况下不得将其姓名、检测结果和其他个人信息透露给无关人员。

3. 与其他艾滋病预防控制工作结合：VCT服务应坚持与艾滋病治疗、关怀、支持和预防工作相结合的原则。对筛查结果阳性者，应在自愿基础上提供HIV抗体确认实验、抗病毒治疗、预防艾滋病母婴传播、关怀等转介服务信息或指导帮助。

五　自愿咨询检测应遵循的伦理原则

VCT服务中应遵循相关的伦理学原则，主要包括尊重、不伤害/受益、公正三个方面。

1. 尊重：尊重是人与人关系的基本原则。尊重包括尊重求询者的人格，尊重他们的选择，尊重他们的价值观、宗教信仰、习俗、隐私、知情权和为他们保密，平等待人，不歧视他们等，在VCT服务中，尊重原则重点体现在知情同意和隐私保密的具体操作中。

2. 不伤害/受益：防治艾滋病的行为应有利于所有人群的身心健康，不应使求询者、HIV感染者、高危人群受到侮辱或歧视，避免可能对其身心健康造成的伤害。当某个措施既有利于他们的身心健康，又存在某些不利方面时，应选择利大于弊的措施。

3. 公正：公正包括分配公正、回报公正和程序，也就是要求从形式到实质都体现公正的原则。向求询者、HIV感染者、高危人群等提供的咨询、卫生保健服务应按照对方需要和现有条件，尽可能公平分配。对所有接受VCT服务者一视同仁，不能因个人好恶或道德评判标准影响公正性，如不能因为甲是吸毒者，乙是因母婴传播而受害的儿童，就对他们给予不同的咨询态度或不同的资源分配。

六 艾滋病自愿咨询检测服务程序

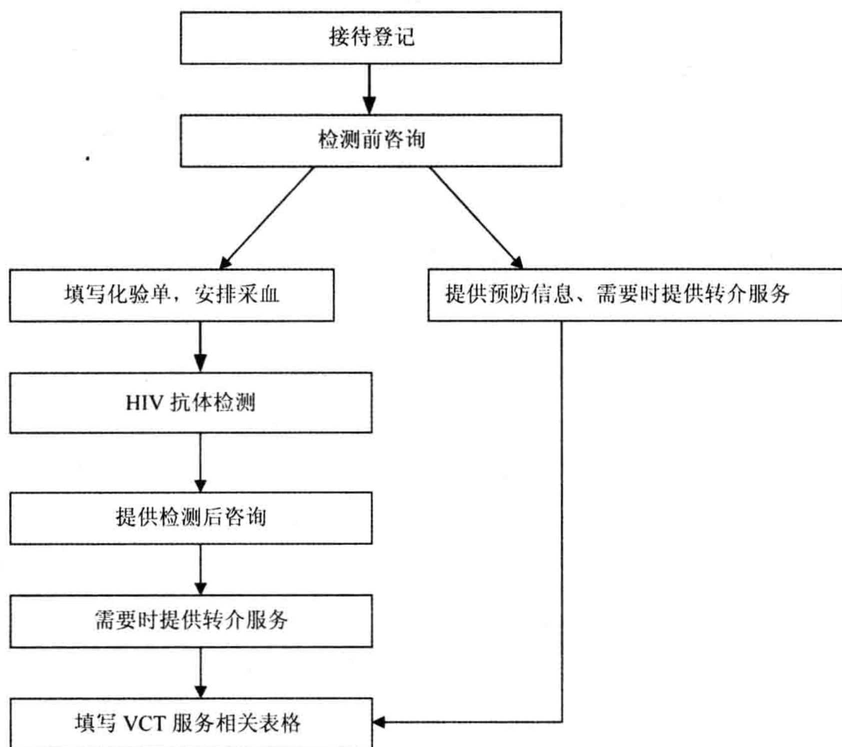


图4-2 VCT服务流程图

第二节 艾滋病咨询的要求和技巧

一 咨询员的素质和价值观

（一）咨询员应具备的素质

1. 心理健康：即对现实有正确认识；自知、自尊与自我接纳；有自我调控的能力；与人沟通建立亲密关系的能力等。

2. 有为求询者保密的能力。

3. 待人真诚。

4. 尊重对方。

5. 耐心。咨询员应能耐心倾听求询者的诉说。

6. 具有文化敏感性，咨询员应尊重求询者的文化和传统，能敏锐地发现文化背景和传统差异。

7. 认识自己能力的局限性：咨询员要清楚自己不能解决所有问题。如果求询者的问题超出自己的能力范围，应将其转介给别的专家。

8. 不评判。不以个人的价值观为主导，以显示宽容与谅解。

9. 知识面较广泛。咨询员应掌握较广泛的知识信息，例如掌握艾滋病／性病、心理学、行为学以及有关法律法规等多方面信息，并能及时更新。

（二）咨询员的态度和价值观

每个人都会受到社会和文化环境的影响，形成自己的态度和价值观。这些态度、价值观和信念主导着人们的日常行为，影响着咨询员对事物的看法和反应。咨询员虽有自己的态度、价值观，但需要与不同的种族、文化、宗教信仰、性取向等人员进行交流，因此，必须宽容地对待所有持有或可能持有与自己不同态度、价值观和信念的求询者。

求询者中若存在发生咨询员与求询者的态度、价值观和信念的差异和冲突自感无法应对，应当通过上级咨询员的督导和向其他有经验的咨询员请教解决，必要时可以转诊。

二　咨询技巧

（一）常用的咨询技巧有哪些

咨询的成败、有效性与人际交流技巧的掌握程度及是否运用恰当关系极大。熟练并灵活地运用交流技巧，可以保证咨询双方正确理解各自表达的信息、看法和情感，保证双方作出的反应是恰当的、有帮助的。有的还可以帮助减轻紧张气氛，缓解压力。由于咨询不同于一般的交谈和劝告，而且经常涉及敏感问题，所以需因人而异，针对不同的人采用不同的交流技巧。常用的交流技巧有以下几种：

1. 积极倾听。
2. 提问。
3. 复述与解释含义。
4. 情感回应。

（二）怎样进行积极有效的倾听

要想取得好的咨询效果，巧妙运用倾听技巧非常重要。因为它是咨询员获取与理解求询者需求/信息的重要过程，是所有咨询技巧中最基本的技巧。耐心倾听可使对方感到被关注。当一个人得到别人关注时会促进自我认识和自我体验，增强咨询效果，重点应做到以下几点：

1. 集中精力耐心听，持客观态度，避免“想当然”、“先入为主”的成见。

2. 不仅用耳朵听，更重要的是用“心”去听，去感受对方并作出相应回应。注意观察对方语言和身体动作上的反应，敏感地发现求询者在交流过程中所传递的关键信息。要结合观察进行思考，努力发现求询者潜藏的问题和咨询的真实目的。倾听还包括咨询员能敏感地意识到自己对求询者的想法及感受，确定发出及接收信息的选择。通过积极倾听，咨询员可帮助求询者理清自己的思想与感受，探索多种选择或解决问题的办法。

3. 采取放松的姿势、自然的表现，用各种自然的方式表现出对求询者的关注。例如：与求询者的目光接触，偶尔点头，不时向求询者作出回应，如“嗯、

嗯”、“是的，是的”，鼓励求询者告诉自己更多的东西。

4．尽量减少干扰，如电视、电话、各种噪音等；倾听时不要做其他事。

5．避免匆忙下结论。

6．适当的时候（如听不明白或担心理解不正确时）可进行提问和复述。

（三）咨询中怎样进行提问

咨询中恰当穿插提问，可以帮助咨询员核实或强化重点信息，也可帮助求询者理清自己的思路，更深入地认识和面对潜藏于恐惧或忧虑之下的，甚至自己尚未清楚意识到的核心问题，并可引导谈话的方向，如“听说避孕套又叫安全套，你对此有什么看法？”

提问有开放式、封闭式与引导式三种：

1．开放式提问：

指用“什么”、“怎么”、“哪些”等引出问题，如“对这个问题你现在有什么感受？”“你今天来想解决什么问题？”这类问题使对方在回答时有较大空间和选择余地，能根据自己的意愿自由地选择应答，能让求询者比较充分地谈出自己的问题、想法、情感等。咨询中使用开放式问题对弄清求询者的问题非常有帮助，而且给求询者充分的宣泄机会。但使用开放式问题要注意避免求询者跑题。

咨询中多数情况要使用开放式提问，尤其是在刚开始时。

2．封闭式提问：

一般指对方只能用是、否，或固定有限的答案来回答的问题，如：“你吸毒吗？”“你今天来是做检测吗？”

封闭式提问可以迅速澄清、核实问题并掌握谈话进程。一般在咨询过程中或深入了解某个具体细节时（如性交方式、有无射精行为等）使用。可使交谈内容集中，针对性强，节省时间，但回答内容容易受限制，需要有更多的提问，使用不当可能会限制求询者思路甚至产生误导。一般在咨询开始时较少使用。

3．引导型提问：

引导型提问是由咨询员引导求询者给出他们期望的回答。这些常是判断性问题。如：“你准备采取安全性行为，是吗？”“你同意坚持使用安全套，对吗？”这种提问有时可对求询者起到一定的鼓励、指导作用。

提问应注意什么？

（1）不能以简单、命令的语气提问；

（2）在适当的时机提出问题；

（3）从求询者关心、感兴趣和需要的事情提问；

（4）避免问“为什么？”、“怎么会这样？”；

（5）一次只问一个问题，注意使用求询者能听懂的语言；

（6）提问应简短、清晰、易于回答，利于咨询深入。一些抽象、含糊、责备性的问题应避免，以防对方难以回答或不愿回答陷入僵局；

（7）务必围绕某一目的提问，不要仅仅出于好奇心而提问；

（8）注意掌握提问进程，在适当的时候停止或转换话题。

（四）咨询中怎样进行复述

咨询中运用复杂技巧，可向求询者表明自己在倾听，促使求询者将注意力集中到自己的问题上。还可描述求询者说过的话题，帮助求询者了解咨询员是否准确地理解了他们所讲的东西。例如“你好像是说……”，“你的意思是……”，使得求询者的本意得以澄清和扩展。复述的目的在于准确理解求询者的问题和困难，同时也显示咨询员对求询者的关注和重视。例如：求询者（男）说：“我妻子得艾滋病去世后，我感到自己很没用。我不能干家务事，不能准时送孩子上学，甚至不能做饭。我不能做妻子过去做的事。”咨询员说：“你认为做过去妻子做的事感到力不从心，是吗？”

（五）咨询中怎样解释含义

咨询中有时超出了求询者陈述中明确表达的意思，深入到情感或更深层次的方面。咨询员此时应把求询者谈论或暗示的核心问题提交给求询者，帮助求询者自己确定所感受的，或没有说出来的含义。如“今天讨论的所有事情中，依我看你最关心的是……”，“你似乎感到最难办的问题是否应这样理解……”，解释含义可以帮助求询者确定什么是最重要的问题，什么是相关的问题。虽然解释含义是用咨询员的话表达求询者的相关信息，并适当分析。例如求询者（女）说：“丈夫得艾滋病去世后我不知道该做什么。他死之前我答应照顾他母亲，但现在我没有精力，我好像什么事都不能做。他知道他母亲和我相处不好，为什么他死了还把这么多乱七八糟的事留给我？”咨询员说：“你现在好像感到很沮丧，没有希望，同时，你也似乎对不能完成对丈夫的承诺感到内疚和不安。”

解释含义比复述更为深入，它是站在咨询员的角度上，对求询者的叙述给予深入的说明或剖析，从而使求询者对自己的问题有新的认识或看到一种新的认识自己的方式。通过复述和解释含义，可以确定信息的准确性，显示咨询员对求询者的关注，鼓励和帮助其自己澄清和确定重要的问题，并深入地表达思想。

（六）解释含义要注意什么

1．简明扼要，对基本信息进行提纲似的复述，并尽量运用求询者述说中的关键词。

2．客观准确，不要随意增加主观内容，以免产生歧义，使求询的重点发生偏离。如果求询者感到求询的问题未被准确理解，则应请求询者补充说明并重新释义，直至双方对求询的问题达成共识为止。

（七）怎样进行情感回应

情感回应是咨询员在倾听中对求询者生活中有重大意义的情境，以及生活事件的感受、体验，加以识别并作出相应的反馈表达。即用言语和非言语方式告诉求询者自己对其感情、情绪的识别（如点头、微笑、投以同情的目光等）。通过咨询员的情感反馈和求询者对其反馈的认可（或否认），可以判断求询者感情卷入的程度，并帮助求询者意识到自己的感受，探讨对描述的事件的反应。情感回应的作用有：

1．使用得当会使求询者感到被理解、关注。

2．帮助求询者感受到自己没有意识到的东西，准确地理解自己的情绪，以便自己调整与控制（或发泄），或更深入地表达自己的问题和苦恼。

3．有助于促使双方的心理沟通，使交流更加容易和进一步发展，有助于咨询员深入求询者的内心世界，为获得“共情”创造感情上的条件。有助于建立和发展相互信任的咨询关系。

4．咨询员的回应是自然的、发自内心的和真诚的。

情感回应的具体过程是：识别求询者在信息表达中使用的情绪语言；观察求询者传递言语信息时的非言语行为（表情、姿态等）；用适当的语句去表达求询者的情感，选择的情感词不仅要与求询者情感吻合，而且与其强度保持一致；评估情绪反应的有效性。

（八）情感回需要注意的事项

1．要通过求询者非言语信息（表情、动作）等线索觉察出求询者在诉说中情绪体验的能力。因此，咨询员在注意求询者述说内容的同时，还要注意其传递的情绪信息。

2．不要直接询问求询者述说问题的感受，可体验并直接说出求询者述说时不知不觉表露出来的感受，否则求询者可能难以回答。

3．咨询员体验求询者的情绪感受，既不能脱离求询者述说的问题，也不局限于该问题。即使体验到求询者的情绪感受与其述说内容相关不大，也应通过情感回应加以引导，以引起求询者注意，从而扩大求询者述说的范围，以了解求询者深层次的心理问题，提高咨询质量。

（九）咨询中怎样运用T型分析法

“T型分析法”，即用直观的方法，帮助求询者分析比较采取某种行为/方案的利弊，可在一张大白纸上写一个“T”，将要分析的问题，写在T字上方，将有利的几点列在T字左下方，不利的几点列在T字右下方，以便让求询者更直观的比较某种行为/方案的利弊，作出自己认为是最适宜的选择或决定。这是一种帮助求询者思考问题、选择方案或改变危险行为的实用方法。例如以下例子：帮助女性性服务人员分析使用安全套的利弊。

有利方面	不利方面
○预防艾滋病 ○避孕 ○有利于后代健康 ○有利于家庭	○中断性生活 ○可能减少生意 ○增加费用

还可以用列表法，将几种不同方案的优缺点列出来，与求询者分析讨论，最后由求询者自己作出选择/决定。如下列表分析法：

方案1：使用安全套		方案2：禁欲	
优点	缺点	优点	缺点
预防艾滋病 避孕 性生活干净	中断性生活 增加费用 影响感觉	不会感染疾病	难以坚持 影响夫妻关系

（十）咨询中怎样指导求询者自我调节

可以告诉求询者注意做到以下几点：

1. 找人倾诉（家人、朋友等）或自我疏远（如关起门来自言自语、写日记、上网聊天等）。

2. 自我肯定。即接纳自己，寻找自己身上的优点加以肯定和强化。

3. 向有过类似经历的同伴寻求帮助。

4. 学会放弃（如某事/工作暂不适合做，不如放弃）。

5. 确定适当的目标（期望值不要过高，不追求完美），多立下目标，小目标易实现，每一个实现都能带来愉悦的满足感。

6. 适当转移注意力（寻找其他感兴趣的事做）。

7. 沉思冥想，回忆以往愉快经历/事件或大自然美好的风光。

8. 必要时转换环境，离开原处。

9. 丰富自己的生活，多交朋友，多参与娱乐、社会活动，多有一些业余爱好等。

10. 做自我放松练习（尤在焦虑、紧张、疼痛时），每天20分钟。同时放音乐，效果更佳。

（十一）咨询中如何谈论敏感问题

咨询中常涉及求询者的性行为、性取向、性行为史、注射毒品等敏感问题，这对求询者来讲属于个人隐私，有时不愿主动说明。同时咨询员也可能感到羞涩或尴尬，不愿与之讨论，或习惯于给某些性行为标上“不正常”。所以，咨询员既要能克服自身谈论敏感问题的障碍，又要善于帮助求询者逐步适应这种谈话，能把自己面临的问题清楚、完整地讲出来。咨询中要能对敏感话题有效地开展讨论，对咨询员来讲要注意以下问题：

1. 咨询员应持的态度和方法：

（1）咨询员要对自己的价值观（特别是性观念、性道德等）有充分的认识，咨询中能把自己的价值观与尊重、不评判求询者的观念行为等工作原则区分开来。

（2）通过建立起和谐的咨询关系，使求询者感到安全、可靠和愿意交流。

（3）淡化谈论敏感问题时的紧张气氛。

（4）掌握收集性方面信息的技能，如能听懂对方有关性的词汇（包括一些土语、俚语等），甚至能用这些词汇与对方交流。

（5）还应掌握必要的知识，如：有关人体解剖、生殖生理、性心理和性行为方面的专业知识及术语；了解在我国不同地区、民族、宗教中各种性表达方式的不同变化范围。

2. 应注意的问题：

（1）明确解释为什么要谈论敏感问题：在讨论有关性的话题时要事先想到会出现某种程度的尴尬或难为情，在说明谈论敏感问题的必要性后，可选用提问、核实、复述等咨询技巧进行谈话。例如“你知道人们一般不会深入讨论有关性的话题，但因为不同的性行为方式传染的危险性有所不同，为确定感染的危险性，我需要了解一些具体问题，如我需要知道在过去半年中，你有无性行为。多数人可能会对这些问题感到

难为情，你也可能会如此，但为了你的健康，你需要如实地告诉我，我会尊重你的意愿，保守秘密……”谈论敏感问题要紧密围绕求询者的需求和询问的目的，不能因猎奇而探究无关的问题和隐私。

（2）直接提出问题：在进入敏感话题前，可以一些一般话题为铺垫，而一旦询问敏感问题就应直截了当，不要吞吞吐吐、犹豫不决，否则反而会增加尴尬气氛。

（3）语言通俗易懂、恰当：要根据对方的文化、习俗、年龄、职业等不同情况选用恰当的语言、语调等。例如选用“性交”还是“睡觉、同房”，还是其他说法，要根据求询者情况。注意不要让求询者感到咨询员的话难以理解或感到咨询员在对自己的行为进行道德评判。

（4）正确运用非语言行为：除了前面介绍过的，还要注意性别、年龄等因素的影响，例如有的求询者希望向同性别或年龄较大的咨询员咨询等。

（5）其他应考虑的因素：单独房间、个别谈话；有充足的谈话时间；良好的职业形象等。

第三节　HIV抗体检测前咨询

一　HIV抗体检测前咨询的基本内容

HIV抗体检测前咨询的基本内容包括：说明咨询过程，包括咨询员的自我介绍和职责说明；强调咨询的保密性；解释艾滋病基本知识和感染艾滋病病毒的危险因素；对求询者个人感染HIV的风险进行评估；讨论降低危险行为的方法/计划；提供有关艾滋病病毒传播、窗口期、预防等基本知识信息；对HIV检测方法和结果含义进行说明等。此外，还要纠正求询者有关艾滋病的错误认识，探讨危险因素降低方法和支持性计划，以及对其心理承受能力进行评估等。具体步骤有：

1．介绍：包括咨询员自我介绍、咨询过程的介绍以及承诺保密等。

2．了解求询原因以及求询者对艾滋病的知晓情况。

3．评估求询者个人及其性伴感染HIV的危险性。

4．评估求询者对检测结果的承受能力与支持系统。

5．讨论降低感染危险的方案，促使改变危险行为。

6．向求询者说明HIV抗体检测的过程及结果的意义，分析HIV抗体检测的利弊，做到知情同意和自愿检测。

7．如果求询者愿意检测。则安排进行检测。

无论求询者是否接受检测都应向他提供有关改变危险行为、预防艾滋病的信息。HIV抗体检测前咨询步骤见图4–3：

集体（小组）咨询

↓

介绍、说明能提供的服务和承诺保密

个体（一对一）咨询

↓

友好接待、介绍，建立和谐的咨询关系，说明能提供的服务和承诺保密

↓

评估求询者检测的原因、必要性及艾滋病知识水平；
评估求询者及其性伴行为的危险性；
评估求询者的承受能力与支持系统

↓

提供有关艾滋病防治与HIV检测基本信息，说明检测目的、作用、结果含义以及对个人、家庭、社会的好处等

↓

求询者自己选择，是否进行检测（知情同意）

同意检测 → 安排检测事宜，告知取结果的时间、地点、方式等

拒绝检测 → 强调预防HIV感染的重要性；
提供有关艾滋病防治信息；
讨论具体促进行为改变计划；
需要时提供转介与关怀服务

图4-3　艾滋病咨询检测前流程图

二　咨询中的危险评估

1．危险评估是对那些使求询者处于易受HIV感染的危险行为及其影响因素进行发掘的过程。在危险评估过程中，咨询员要帮助求询者全面考虑分析可能感染HIV的行为，并对这些行为的危险程度进行评估。

2．危险评估主要对求询者有关危险行为、类型、与危险度相关的环境、诱发因素、易感因素等进行评估，要注意包括求询者所有可能危险行为。

3．性行为：具体的性生活方式，性伴的数量、性别及其背景、性活动频度、使用安全套的情况和性伴感染的可能性。不仅要考虑求询者个人行为的危险，还应该考虑其性伴的感染危险。

4．注射吸毒行为：本人或性伴吸毒情况，使用毒具的种类、方式、使用时间与频

度，具体的注射行为（注射器具的消毒、是否共用注射器具等）。

5. 输血或血制品史：输血时间、地点、血液是否经过HIV抗体检测；有无卖血浆史、器官移植史、手术史等。

6. 其他：有无职业暴露史、纹身等，所用器具的消毒情况。

三　危险评估的目的

1. 有助于咨询员了解求询者担心的问题及求询者感染HIV的风险。

2. 有助于求询者了解他们自己的危险行为。

3. 有助于了解危险行为是如何发生，以及导致这些行为发生的特定背景与影响因素。

4. 可作为行为干预的重要依据，包括帮助求询者制订行为改变计划等。

5. 对感染HIV危险性较高的求询者，可结合危险评估让他们提前做好接受阳性结果的心理准备。

6. 可作为临床进一步检查、诊断、治疗的重要依据。

7. 可对求询者进行健康教育和行为改变教育。

8. 可为其他转介服务提供依据。

四　评估某种行为感染HIV的可能性

评估某种行为（如多性伴、吸毒等）感染HIV的可能性，应从行为发生的具体条件和环节上考虑。主要有以下因素：有无HIV排出、排出的HIV是否存活，HIV的数量是否足够以及HIV能否进入另一人体内（有无体液交换）等。

五　危险评估应注意事项

1. 提供安静、能保护隐私的咨询场所。

2. 单独会见每一位求询者。

3. 尽量避免被干扰。

4. 态度友好、自然，不评判对方。

5. 使用通俗、简明和中性的语言，需要时使用模型或图画。

6. 从相对非敏感的问题开始，使求询者放松。

7. 了解与艾滋病有关的细节信息。

8. 与求询者讨论与HIV传播有关的所有行为。

9. 运用交流的基本技巧：倾听、提问、肢体语言等。

10. 为求询者保密。

六　HIV抗体检测前咨询注意事项

1. 恰当应用咨询技巧。

2. 将艾滋病预防教育与降低危险的咨询相结合。

3. 进行全面的个人危险评估。

4. 评估求询者应对HIV阳性结果的能力。



5．针对求询者特点和需求提供相应的HIV检测信息。

6．评估求询者可利用的社会支持网络。

7．做到知情同意和保密。

案例1：

一位26岁的女导游李某，在有过多性伴、无保护的性行为后，担心自己感染了艾滋病病毒，心里特别紧张，来到省疾控中心咨询门诊室咨询。

咨询员小刘（女）招呼李某坐下，主动自我介绍说："我是这里的咨询员小刘，今天到这里有什么需要我帮助的吗？"

李某说："刘医生，我看了艾滋病的相关宣传资料，我最近发热，腹泻，口腔反复炎症感染，我怀疑自己是不是感染了艾滋病？"

咨询员说："要知道是否感染艾滋病病毒，不能仅凭自我感觉和临床症状，需要做HIV抗体检测，我下面会问你一些敏感话题，希望你不要介意，主要是帮助了解你是否有可能感染艾滋病病毒的高危行为。"

咨询员向她介绍了整个咨询过程和检测结果都是保密的，请她放心。

"我先后交往过三个男朋友，在相处过程中和三个男朋友都曾发生过性关系……"

"你们采用哪些方式呢？"刘咨询员问。"有口交、阴道交……"

"使用安全套了吗？"刘咨询员继续问。"没用，我认为爱就应该相信对方，所以都没有使用安全套。"

"最近一次是在什么时候？""大约在两周前……"

刘咨询员说："多性伴，无保护的阴道交可发生体液交换、皮肤粘膜破损等情况，因此，有感染艾滋病病毒的危险。您如果愿意，我们这里提供实名免费检测服务。"

"我今天可以做吗？"

"艾滋病检测有窗口期问题，一般是3个月，如在窗口期做检测，会出现假阴性。因为你最后一次无保护的性行为是在两周前，所以，你需要在2个半月后做HIV检测。艾滋病检测实验需先做初筛，如果阳性还需进一步做确认实验。只有确认实验阳性才能说明您感染了艾滋病病毒。"于是，咨询员与其讨论了艾滋病检测对个人、家庭的好处，国家免费检测艾滋病的相关政策，如何进行配偶或固定性伴通知，以及检测结果阳性会告知谁、怎样告知，每次性生活都要使用安全套等问题。李某决定2个半月后来做艾滋病检测，如果阳性再考虑通知男友做检测。同时，咨询员还告诫她如果以后要结婚，必须履行将自己感染HIV的情况告知配偶的义务，并讲解了母婴阻断的相关知识。

第四节 HIV抗体检测后咨询的基本内容

一 HIV抗体检测后咨询的基本内容

检测后咨询的内容应根据求询者的需求、特点以及得知检测结果后的状况选择适宜的内容。基本点有：

（一）阴性结果的咨询内容

1. 直接告知检测结果，明确检测阴性结果的意义，包括解释窗口期问题。
2. 帮助求询者制定改变个人危险行为的计划。
3. 确定求询者行为改变可以得到的支持。
4. 鼓励求询者促使其性伴（同伴）接受HIV咨询和检测。

（二）阳性结果的咨询内容

1. 直接告知检测结果，明确检测阳性结果的意义。
2. 确定求询者可得到的支持和转介服务。
3. 鼓励求询者促使其性伴（同伴）接受HIV咨询和检测。
4. 帮助求询者制定改变个人危险行为的计划。

二 HIV抗体检测阴性结果告知

1. 核对姓名、编号等。
2. 直接给出结果、解释结果、允许求询者有足够的时间思考结果。
3. 核实是否渡过窗口期。
4. 强化有关HIV传播和安全性行为的信息、毒品的信息和制定减少个人危险方案。
5. 探讨安全性行为的实施、婴儿喂养的问题，安全注射的问题。
6. 对有疑病症者或其他需求的求询者进行转介。

三 HIV抗体检测阳性结果告知

1. 核对求询者的编号和记录。
2. 咨询员召唤求询者进入咨询室时，应保持镇静，直接告知结果，核实求询者对结果的理解，解释结果的含义，说明HIV感染者和艾滋病病人的不同。允许求询者有足够的时间思考结果和情感宣泄。
3. 必要时对求询者进行危机评估和干预。
4. 与求询者一起讨论应对策略。
5. 为求询者提供支持，必要时提供转介。
6. 在其情绪稳定后，帮助其制订今后行为改变和生活计划，讨论性伴/同伴通知问题。
7. 提供后续咨询、支持及相关信息，例如有关国家政策法规，感染者的权利和义

务、抗病毒治疗、健康保健、安全性行为及预防干预等信息，并向求询者提供宣传资料、安全套等。具体步骤见图4-4：

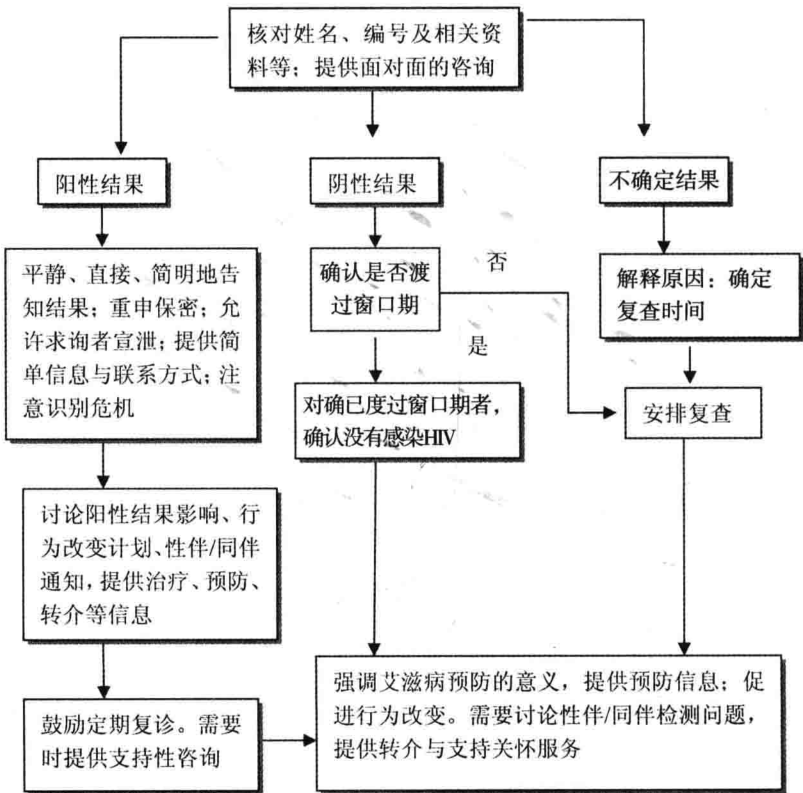


图4-4　艾滋病咨询检测后告知流程图

四　HIV抗体检测后咨询注意事项

1. 核对求询者编号，确保提供正确的结果。

2. 在提供结果时注意对求询者个人资料的保密。结果告知应采取面对面告知方式，不要电话告知结果。面对面告知既确保了提供结果的正确性，也保障了求询者的隐私权，使求询者对结果有足够的认识，并能得到行为改变的支持。

3. 在结果告知时应密切关注求询者的心理和行为变化，适时调整应对策略。

五　获知HIV阳性结果后常见的心理反应

人们在得知HIV抗体检测阳性结果后，多数会有如下心理反应：

（一）否认

这是一种常见的心理反应，某些HIV感染者试图通过否认对HIV感染诊断做出反应，以便使自己缓解压力，这是一种下意识的自我保护的方式。起初否认可能是建设性处理危机的方式。但如持续保持否认，就会变成破坏性的，这种反应可导致感染者拒绝承担社会责任，延误人们采取积极措施（如坚持不用安全套、拒绝接受治疗、干

预等）人们只有在克服这种心理上的反应后，才有可能接受这个事实并采取积极的行为。咨询员应帮助感染者理解他们是如何感染的，及感染HIV或患艾滋病将意味着什么，这是帮助他们克服否认心理问题的最有效的方法。

（二）愤怒

有人认为感染HIV是“不走运”而感到愤怒。愤怒有时指向自己，表现为自责或有自毁行为。有时是指责他人，而不采取积极行为。通过咨询提供交谈与宣泄，可帮助一个人克服愤怒情绪，也可帮助他接受这个现实。

愤怒是较难应付的一种心理反应，尤其是当愤怒目标指向咨询员时，咨询员要尽量去理解他们，而不要把对方的愤怒记在心上。

（三）报复

感染者把愤怒指向他人、社会时往往会产生报复心理。对于有报复或暴力倾向者，咨询员应注意是否存在即刻冲动的危险性，尽量缓和求询者的情绪，同时要保证自己和他人的安全。在求询者情绪稳定之前，不要急于推进咨询过程，咨询员应具备自我保护的知识，以下几点供参考：

1. 了解可能发生报复或侵犯行为的原因。
2. 不要靠得太近，不要盯着看对方的眼睛。
3. 不要指手画脚。
4. 不要做一些被理解为有威胁性的动作和表情。
5. 不要挖苦讽刺或诋毁求询者。
6. 不要与求询者争吵。
7. 讲话时不要过分提高声调，要求求询者服从。
8. 讲话时不要含含糊糊，吞吞吐吐。
9. 当求询者感到冲动、紧张时，应制造一种安静和放松的气氛，并缓和口气，保持镇定。
10. 注意周围环境，不要让有暴力倾向的求询者站在你和门口之间。
11. 不要让有暴力倾向的求询者单独自由地走来走去。
12. 要有自我保护意识，不要逞强，鲁莽。

（四）恐惧

HIV感染者/艾滋病病人有许多恐惧，包括对死亡的恐惧，尤其对孤独、痛苦、死亡的恐惧。恐惧可来自创伤，如因感染艾滋病病毒已故的亲人、配偶及朋友；恐惧也可由于感到自己没有能力应对今后将发生的“灾难”而产生。如同大多数心理问题一样，恐惧及由此引起的压力可通过谈话、讨论给予心理支持与辅导，从而得到解决并争取得到朋友、家人、咨询员的帮助。

（五）震惊

无论一个人做了多么充分的准备，当得知感染了HIV时，无疑是一个令人很震惊的消息。负面的情感打击会使这个人感到迷茫，不知道要做什么。这时最好安排与他信任的人待在一起。

（六）丧失

HIV感染者/艾滋病病人对其生活、志向、自身潜力、性关系、地位、经济稳定和独立性等丧失信心和勇气，产生失落感。随着病情发展，对他人照顾需求的增加，丧失信心的程度会逐渐增加。这时鼓励和帮助HIV感染者/病人看到生活美好的一面，增强信心最为重要。

（七）自杀倾向

HIV感染者自杀的倾向较大，尤其是在刚得知感染时和疾病晚期。由于感染者情感混乱造成的冲动反应，或出现艾滋病的中枢神经系统并发症，生活能力下降，人们感到自己已成为负担，便将自杀看做一种解脱，一种避免疼痛、不适或减轻自己、家人耻辱和悲伤的方式。此时他们特别需要关爱与支持。

（八）悲伤

HIV感染者／艾滋病病人经常为其已经历的感受或预计的失落感感到强烈的悲伤。再被告知阳性结果，经历创伤后的相当长的日子里，他们的情绪都会沉浸在悲伤之中。

（九）内疚

HIV诊断常唤起感染者/艾滋病病人对自身行为的内疚感。也有因病引起家人、配偶，尤其是为孩子的伤心产生内疚。如自己以前有对他人引发的痛苦尚未解决、此时常被回忆起，并引起更大的内疚感。

（十）抑郁

抑郁可能源自一系列原因。例如无有效药物治疗导致的无助感、因频繁的医学检查导致对个人控制的失落感、知道他人死于艾滋病以及体验到失去生育和长远计划的潜力等都会成为抑郁的原因。

（十一）焦虑

HIV感染者往往由于面临生活、工作、医疗等各方面难以解决的问题而处在焦虑之中，多见的原因有：

1. 预后问题。
2. 感染其他疾病的危险性。
3. 引起他人感染HIV的危险性。
4. 来自家庭、社会、职业的歧视。
5. 遭遗弃。
6. 家人、配偶的适应能力。
7. 经济困难、就医等问题。

（十二）退缩

有的HIV感染者在承认了自己感染的现实后会发生退缩行为（如瘫坐在地上大哭、地上打滚等幼稚行为），也有的觉得自己没用，只想待在家里，把自己关起来，不想见任何人。退缩会使一个人身心衰竭，产生抑郁症等精神障碍。咨询员要帮助他们克服沮丧心情，鼓励他们像往常一样，穿漂亮衣服，走出家门，找朋友聊天，多参加社会活动，丰富自己的业余生活，尽量让自己的生活充实等。

（十三）孤独/寂寞

HIV感染者 / 艾滋病病人可能会常常感到孤独 / 寂寞。这种感觉可能会时有时无，持续时间的长短常与来自家人和朋友的支持有关。应帮助感染者知道他并不是孤独一人。

家庭和社区，应理解HIV感染者/艾滋病病人，因为他们和其他人一样需要别人的陪伴。可发动HIV感染者/艾滋病病人相互支持帮助。

（十四）心理反应和自处

针对不同情况，HIV感染者可能还会有其他一些心理反应和心理问题。随着病程的发展，如新感染、肿瘤等的发现等，都对HIV感染者的情绪和心理有重大影响，如果再受到家庭、单位社会的歧视和遗弃，这种影响就更为严重，会不断出现新的或更严重的心理问题，甚至是心理障碍或心理疾病。

案例2：前述检测前咨询案例中的李某，今天来到省疾控中心咨询门诊室询问结果，仍是由刘咨询员接待。

李某忐忑不安地走进咨询室后，刘咨询员招呼她坐下，把门关好。李某一坐下就急切地问："刘医生，我的结果怎么样？"刘咨询员仔细核对李某的编号及身份证信息后，以平静的口吻说："你的结果出来了，是阳性，说明你感染了艾滋病病毒。"话音刚落，李某惊呆在座位上，面色苍白，放声大哭，刘咨询员走过去轻轻地抚摸李某的肩膀"我理解你现在的心情，有这样的反应是正常的"。刘咨询员在李某的旁边静静地坐着，知道此刻的她需要时间和空间来宣泄。10分钟后，刘咨询员关切地把手放在李某的肩上，轻声问："能告诉我，您需要什么帮助吗？"李某停止了哭泣，抬起头，哀怨地说道："我怎么承受得了这个现实，活着也没什么意思了，我不想活了！"接着又悲伤地问道："我还能活多久，我的生命很快就终结了吗？""确认阳性表示您感染了艾滋病病毒，但不是艾滋病病人，从艾滋病病毒感染者发展到艾滋病病人因个体差异有8~10年的潜伏期（无症状），现在您需要做CD_4^+ T细胞检测，看看艾滋病病毒破坏你的机体免疫功能到了什么程度，如果你愿意，可以立即进行抗病毒治疗……"接着刘咨询员介绍目前我国"四免一关怀"政策，鼓励她正视现实，勇敢面对，用积极的心态对待生活等。李某渐渐平静下来。刘咨询员告诉她，有关个人资料及咨询内容都会替她保密，并介绍HIV感染者如何做好自我防护、避免感染他人以及应承担的责任、义务和权利等。同时对性伴做HIV抗体检测及使用安全套问题也进行了讨论。李某表示今后无论跟其他男性还是男朋友都戴安全套，回去后她会考虑告知男朋友自己感染了艾滋病病毒，同时动员男友来做检测；刘咨询员还嘱咐她定期接受辖区疾控中心的定期随访，平时注意营养、休息、适度锻炼和多参与社交活动。有病到当地医院感染科就医。李某对刘咨询员表示感谢，平静地离开了咨询门诊。



第五节　医疗卫生机构医务人员主动提供艾滋病检测咨询

一　概述

（一）背景

为最大限度地发现艾滋病病毒感染者，2007年世界卫生组织、联合国艾滋病规划署提出，在强力支持各国继续开展不同类型的HIV检测咨询策略，如主动监测、人群筛查、自愿咨询检测（VCT）等同时，建议各国根据需要增加创新的和多种多样的HIV检测咨询策略，其中包括根据本国实际情况开展由医疗机构的医务人员主动提出的对就诊者的艾滋病检测咨询服务（provider initiated HIV testing and counseling，PITC），为到医疗机构的就诊者，在接受医疗服务的过程中以常规方式了解自己的HIV感染状况，接受艾滋病早期诊断、治疗、关怀、预防等服务提供了更多的机会，并充分利用现有卫生资源扩大了艾滋病检测咨询服务的覆盖面。

目前我国在艾滋病防治工作中采取了多种有效措施，包括颁发和落实免费提供艾滋病咨询检测、抗病毒治疗药物与生活救助在内的“四免一关怀”政策；在医疗机构中普遍开展术前、住院前、侵入性检查前HIV抗体常规检测；在较多的医疗卫生机构建立了艾滋病筛查实验室（或检测点）；积极开展艾滋病自愿咨询检测（VCT）服务以及促进转介服务网络逐步完善等，为在我国开展PITC创造了一定的条件。个别地区的医疗卫生机构还开展了一些探索性试点工作，主要做法有：依靠政府支持，争取多部门配合；结合妇幼保健、计划生育部门日常工作开展；灵活采取“知情不拒绝”或“知情同意”的原则；当天提供结果；将PITC与VCT服务互相补充等。

云南省卫生厅在我省部分医疗单位PITC试点工作的基础上，在各级疾控、医疗等相关业务部门的协助下，于2012年制定下发了《云南省卫生厅关于加强和规范医务人员主动提供艾滋病检测咨询服务工作的通知》（云卫发〔2012〕284号），为进一步加强和规范PITC工作提供依据。

（二）PITC的基本要素

1. PITC的基本含义。

根据世界卫生组织、联合国艾滋病规划署，2007年5月30日编发的《医疗卫生机构的医务人员主动提供HIV检测咨询指南》有关释义及我国实际情况，对PITC的具体解释是：

医疗卫生机构的医务人员在医疗服务中，主动为就诊者/患者提供HIV检测和针对性的咨询，并把这项服务作为医疗服务和关怀服务的组成部分。

这里主要指在医疗卫生机构内开展的，由医生结合医疗服务主动提供的HIV检测咨询服务，少数情况下也包括有医疗资质的医务人员在外出访视患者（外展服务）中主动提供的HIV检测咨询服务。

2. PITC与VCT的区别与联系。

（1）PITC与VCT的主要区别。

PITC是指医务人员在医疗服务中主动为就诊者提供艾滋病检测咨询服务，而VCT则是“人们通过咨询，在充分知情和完全保密的情况下，自愿选择是否接受HIV抗体检测、改变危险行为及获得相关服务的过程。”

PITC和VCT虽然都是提供艾滋病检测咨询服务，工作内容和原则近似，都需要遵循知情、保密、咨询的“3C”原则，都可作为艾滋病防治工作的切入点。但它们的最大区别在于，VCT是求询者主动提出接受艾滋病咨询检测，而PITC是医生主动向患者提供艾滋病检测咨询服务。此外，VCT对咨询的要求较高，更强调促进行为改变，开展危险评估和提供心理支持。而PITC对咨询要求简化、有针对性，重点是检测和转介，强调结果告知和提供治疗、关怀等后续支持服务。

两者的主要区别见表4-1：

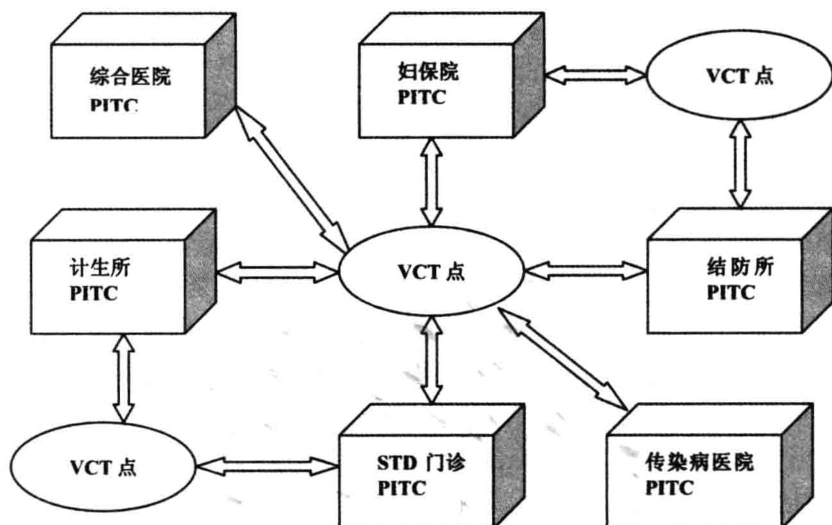
表4-1　PITC与VCT的主要区别

	PITC	VCT
检测的提出者	医疗卫生机构的医务人员	求询者/患者
知情表达方式	以“知情不拒绝”为主 （只要不提出拒绝，则视为同意，可以不表态）	知情同意 （须对检测作出同意的表态）
对咨询要求	检测前不提供咨询，不要求作危险评估，仅提供简化信息，检测后提供咨询，阳性结果面对面告知，阴性告知方式视情况而定	检测前咨询必须作危险评估，检测前和后都必须提供面对面咨询，无论检测结果阳性还是阴性，都须面对面告知
对场所的要求	不严格，一般诊室	较严格，须有一对一的咨询环境，最好有单独房间，以保护隐私
对提供服务者的要求	不高，所有接受过PITC培训的医疗卫生机构的医务人员都可提供相关服务	较高，必须是具备咨询员的基本素质，接受过艾滋病咨询专业培训，掌握咨询原则和咨询技巧的人员
表格填写	简化	有个案咨询表和相关记录等
服务地点	多在医疗卫生机构内	在VCT服务点或到目标人群活动场所

（2）PITC与VCT的联系。

PITC与VCT作为国家艾滋病检测策略的一部分各有其服务重点，适用于不同的环境和人群，可以起到互相补充的作用，同时也是对医疗卫生机构实施艾滋病治疗、预防、关怀和支持服务的有效补充。

实践中我们会常常遇到不同的人对艾滋病检测咨询服务产生不同的需求。为了进一步扩大艾滋病检测咨询工作的覆盖面，让更多的人了解自己的感染状况，有条件时可以在已开展VCT服务的基础上推广PITC服务，并将两者结合起来进行，互相补充和转介，往往可以取得事半功倍的效果，如下图：



（三）开展PITC的目的

1. 贯彻落实《艾滋病防治条例》中的相关规定。

2. 扩大艾滋病检测咨询的覆盖面，加强艾滋病防治工作力度。

3. 最大限度地发现HIV感染者/艾滋病病人，促进艾滋病综合干预、治疗、母婴传播干预、关怀等工作的开展和相关政策的落实，提高艾滋病病毒感染者/艾滋病病人生活质量，减少HIV新发感染。

二　PITC的服务对象和实施单位

（一）PITC服务对象

1. 具有以下临床症状的患者：

（1）不明原因的长期发热（间断或持续）>1个月。

（2）出现口腔念珠菌病、带状疱疹、单纯疱疹、口腔毛状黏膜白斑、复发性口腔溃疡、脂溢性皮炎等细菌、真菌、霉菌的感染。

（3）复发性上呼吸道感染。

（4）慢性腹泻>1个月。

（5）不明原因的肺部感染。

（6）不明原因引起的体重下降（<原来体重的10%）。

（7）发育迟缓或营养不良，且对治疗不敏感的儿童。

2. 结核病患者。

3. 丙肝患者。

4. 女性HIV感染者所生的婴儿。

5. 艾滋病病毒感染者和病人配偶。

6. 具有以下行为的就诊者：

（1）吸毒。

（2）卖淫。

（3）嫖娼。

（4）男性同性性行为。

（5）有偿供血史及受血者等。

7. 性病门诊就诊者。

8. 孕产妇。

9. 婚前体检者。

10. 术前、住院及有创伤检查的患者。

（二）应开展PITC服务的单位

各地医疗卫生部门可根据当地HIV检测工作开展情况进行整合和完善，需要在有条件的医疗卫生机构中开展（有关“有条件的医疗卫生机构”的界定请查看附录三有关名词和术语解释）。

可开展PITC服务的单位有：

1. 综合医院及专科医院的门诊和住院部。

2. 性病门诊或综合医院的皮肤性病科。

3. 结核病医院/防治所/门诊。

4. 妇幼保健机构和综合医院妇产科。

5. 计划生育机构。

6. 美沙酮维持治疗门诊。

这些机构通过国家统一考试和经注册的从事医疗、预防、保健和护理的人员，通过相关培训均可参与艾滋病检测前后咨询工作。有条件的单位应指定专人负责统一咨询转介工作。

三　PITC的基本原则

为使人们愿意接受HIV抗体检测，确保人们在检测阳性后获得所需的预防、治疗、关怀等后续服务，并遵循相应的伦理原则十分重要。

有关PITC的基本原则，除了WHO/UNAIDS提出的必须遵循的“3C”原则：知情同意/知情不拒绝（informed consent）、咨询（counseling）、保密（confidentiality）外，还有避免歧视、结果告知和提供转介与后续支持服务等。

（一）知情同意或知情不拒绝

“知情同意”是指患者在接受了检测前提供的信息后，做出了同意检测的表态。

“知情不拒绝”是指患者在接受了检测前提供的信息后，不对检测“提出拒绝”，则视为同意接受HIV检测。

（二）保密

在PITC咨询、检测、疫情报告、结果告知、转介等服务过程中，保护就诊者和患者的个人信息和隐私。

（三）不歧视

在PITC服务中医务人员除了应有良好的服务态度外，应尊重就诊者和患者的选

择，不能因其选择拒绝接受HIV检测或检测结果阳性而取消或降低医疗服务质量。

（四）不伤害与受益

在PITC服务中避免对就诊者和患者身心健康造成伤害，从PITC服务中获益，为HIV筛查阳性的就诊者和患者提供确证实验、抗病毒治疗、母婴阻断、预防、关怀和转介服务信息。

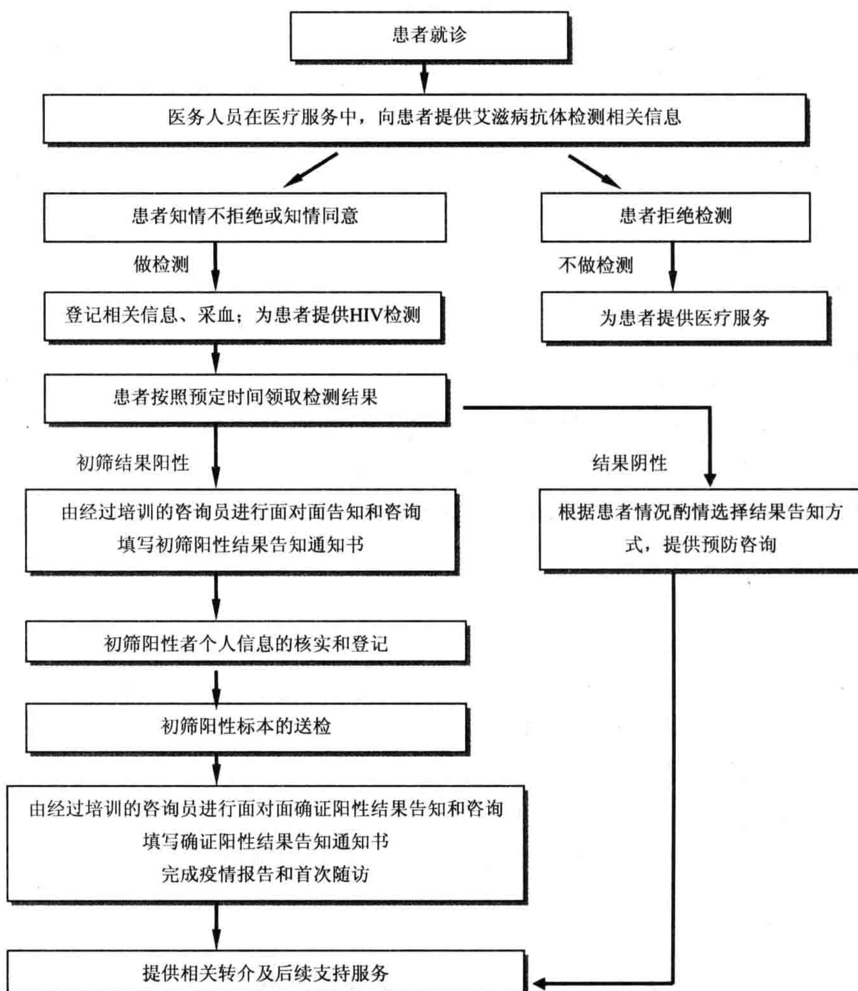
（五）提供咨询与结果告知

医务人员将HIV检测结果告知就诊者，对HIV阳性者提供检测后咨询（包括结果解释、预防措施、服务信息等）。

（六）提供转介与后续服务

在PITC服务中，对HIV检测阴性者提供预防信息，采取预防措施，避免感染；HIV检测阳性者提供针对性的咨询和转介服务，包括复查和确证、预防、治疗等信息及CD4检测、随访、抗病毒治疗、母婴阻断、美沙酮维持治疗等转介服务。

四　PITC工作内容和流程



（一）检测前咨询

医疗卫生机构利用医院电子屏、告示牌、招贴画等形式或利用住院患者入院宣教的时机为就诊者和患者提供HIV咨询检测信息，在知情同意或知情不拒绝前提下，开具HIV抗体检测检验单，收集被检者基本联系方式，门诊就诊者应将联系电话和现住址填写在检验报告单中。

（二）HIV抗体检测

1. 检测方法。

HIV抗体检测包括筛查及确证试验，常用的筛查试验为酶联免疫吸附试验（ELISA）或快速检测试验，常用的确证试验为免疫印迹试验（WB）。筛查阳性结果必须经过确证试验，根据确证试验判断受检者HIV感染状况。医疗卫生机构可根据实验室条件、检测样本量以及被检测人群特点，选择试验方法。对样本数量较多的机构，可选择采用酶联免疫吸附试验。在交通不便的地区或有特殊需要的就诊者（如即将分娩的产妇、急诊患者等）可采用快速检测试验。

表4-2　酶联免疫吸附试验与快速检测试验的比较

	酶联免疫吸附试验	快速检测试验
优点	适合样本数量较多的检测	检测时间短，可及时获得检测结果
	价格相对便宜	适合于少量样本的检测
	容易进行质量控制	对实验室条件、设备和人员要求相对较低
缺点	需有经审批的实验室（条件、设备和人员）	价格较高
	检测时间较长	难以进行室内质量控制
		试验结果难以保存

2. 检测注意事项。

（1）所有开展艾滋病抗体检测的单位，必须经有关部门审批合格，具备艾滋病检测实验室或检测点资格。

（2）所有从事艾滋病抗体检测的人员必须接受相关培训，并获得上岗证书。

（3）检测技术及程序应符合《全国艾滋病检测技术规范》的要求。

（4）检测试剂必须采用经国家食品药品监督管理局批准、且符合相关要求的试剂。

（5）按规定送检HIV抗体筛查呈阳性反应的样品。

以上具体要求详见卫生部2006年颁发的《全国艾滋病检测工作管理办法》和《全国艾滋病检测技术规范》（2009年版）。

（三）HIV抗体初筛检测结果处理

1. 初筛阴性结果：可由首诊医生或检测人员告知，采用提供检验报告单和健康处方提供结果解释及相关预防信息。

2. 初筛阳性结果：由检验人员出具HIV抗体检测待复查报告单，由医疗机构艾滋病咨询员或首诊医生负责初筛阳性告知和咨询服务，采取一对一、面对面进行告知。告知内容如下：

（1）解释检测结果的含义，确保对方理解检测结果；



（2）帮助就诊者处理情绪问题；

（3）进一步进行艾滋病检测的程序；

（4）在艾滋病确证之前就诊者在生活中的注意事项和艾滋病预防基本知识；

（5）初筛阳性孕妇，除提供上述信息外，告知艾滋病母婴传播的风险和预防措施

（6）完成“艾滋病病毒抗体初筛阳性结果告知书”和“艾滋病病毒抗体筛查阳性送检单”填写，将“艾滋病病毒抗体初筛阳性结果告知书”、“艾滋病病毒抗体筛查阳性送检单”与初筛阳性样本一并送辖区疾病预防控制机构。

（四）HIV抗体确诊结果处理

辖区疾病预防控制机构得到确证结果后，应将报告通知送检单位，再根据病人实际情况，采取不同的方式开展结果告知工作。对仍然在（住）院的就诊者和患者，由医疗机构艾滋病咨询员负责确证结果的告知、咨询和转介。对已出（离）院的就诊者和患者，由医疗机构所在辖区疾病预防控制机构将所收集信息，填写转介通知单，及时转介到患者现住址所在地的县（区）级疾病预防控制机构，由患者现住址所在地的县（区）级疾病预防控制机构的咨询员负责确证结果的告知、咨询、随访等后续工作。

1．确诊阴性结果。

解释确诊结果的含义，提供确证检验报告单和健康处方。

2．确诊不确定结果。

（1）解释不确定结果的含义（可能为非特异性反应或早期HIV感染）。

（2）受检者再次随访检测的安排。（4周后随访检测[随访检测所采集的血样使用第一次检测样本的编号]，若检测结果仍为不确定，8周时再次随访检测。根据再次确证实验的报告进行告知和咨询。）必要时进行HIV核酸检测。

3．确诊阳性结果。

（1）结果告知和咨询。

医疗卫生单位艾滋病咨询员或县级以上疾疾病预防控制中心咨询员及时向受检者提供面对面确证阳性结果告知和咨询，向受检者提供确证检验报告单。告知咨询内容如下：

①解释确诊结果阳性的含义，提供心理支持。

②讨论感染可能带来的影响，告知今后可获得的服务与支持，安排进行CD4检测，根据需要提供抗病毒治疗、医学随访、母婴阻断、关怀救助等转介服务信息。

③提供避免再次感染和传播的信息和方法，包括安全套使用方法、美沙酮维持治疗、清洁针具交换等。

④受检者依法享有的权利、义务及应承担的社会责任。

⑤对于确证阳性孕妇，应讨论艾滋病母婴传播的风险和预防措施，及时采取相应的预防母婴传播的措施。无条件开展母婴阻断的机构，应及时将患者转介到当地妇幼保健机构进行艾滋病母婴阻断。

⑥配偶告知检测：讨论配偶和性伴告知检测的益处，商定告知的时间和方式。对1个月后仍不履行告知义务者，咨询员可按《云南省防治艾滋病条例》的规定，采取适

当的方式进行配偶告知和检测。

⑦若儿童检测结果为阳性，建议其父母进行艾滋病抗体咨询检测，必要时需对其他家庭成员（如阳性儿童的兄弟、姐妹）进行咨询检测。

（2）疫情报告。

医疗机构要按照国家《HIV/AIDS病例报告网络直报工作指南（试行）》要求及时填写“传染病报告卡”和“艾滋病性病信息附卡”，并于当天内完成疫情网络直报。无网络直报条件的医疗机构，24小时之内将2个报告卡寄/送到所在地县（市、区）疾病预防控制机构，县（市、区）疾病预防控制机构收到后2小时内通过网络直报上报疫情。

（3）首次随访。

医疗机构在开展阳性结果咨询告知时，应填写首次“个案随访表”。5个工作日内将“个案随访表”报所在地县（市、区）疾病预防控制机构，已出（离）院由县（市、区）疾病预防控制机构进行首次随访和网络直报。

（五）资料报告

按国家艾滋病网络直报工作要求，所有开展艾滋病检测的医疗卫生机构实验室人员按月填写《艾滋病病毒抗体筛查情况统计报表》，次月10日前进行网络直报，无网络直报条件的医疗卫生机构将该统计表报所在地县（市、区）疾病预防控制机构，由县（市、区）疾病预防控制机构代为进行网络直报。

（六）提供转介及后续支持服务

负责结果告知和咨询的人员应根据被检者的具体情况，在自愿的前提下，提供相应的转介服务。如：CD_4^+T检测、抗病毒治疗、结核病筛查、机会性感染预防、美沙酮维持治疗、清洁针具交换和心理疏导等。转介服务的信息应包括接受转介服务机构的地址、电话、联系人、服务内容、服务时间、行车路线及所需费用等信息，医务人员应协助与被转介机构进行联系，并提供书面转诊信息。但需注意的是，若为了转介需要，需传递与就诊者身份识别有关的个人信息，必须征得其同意。

表4-3 与艾滋病防治相关的转介机构和服务内容

转介机构	服务内容
疾病预防控制机构	艾滋病抗体检测复查和确证；CD4细胞检测；感染者随访管理；预防服务信息和材料（安全套、宣传材料等）
抗病毒治疗定点医院	机会性感染预防和治疗；抗病毒治疗及毒副作用的处理
妇幼保健院	预防艾滋病母婴传播、人工喂养指导和分娩服务
性病门诊	性病诊断和治疗
结核病防治机构	结核病诊断和治疗
针具交换点	获得清洁针具和艾滋病预防服务
美沙酮维持治疗门诊	接受美沙酮维持治疗和艾滋病预防服务
心理咨询中心	提供心理辅导和心理支持，缓解心理压力
民政部门、社会劳动保障部门	感染者生活救助，关怀

参考文献：

1. 中国疾病预防控制中心性病／艾滋病预防控制中心编著.艾滋病自愿咨询检测工作手册.人民卫生出版社，2006年11月

2. 中国疾病预防控制中心性病／艾滋病预防控制中心.医疗卫生机构医务人员提供艾滋病检测咨询国家技术指南（初稿）.2008年6月

3. 国务院防治艾滋病工作委员会办公室、联合国艾滋病中国专题组.2007中国艾滋病防治联合评估报告

4. 中国疾病预防控制中心性病／艾滋病预防控制中心.男男性行为人群艾滋病高危行为干预工作指南（试用本）.2007年9月

5. 世界卫生组织、联合国艾滋病规划署.医疗卫生机构开展医务人员主动提供的HIV检测咨询指南.2007年5月30日编

6. 世界卫生组织、联合国艾滋病规划署编.关于医疗卫生机构开展医务人员主动提供的HIV检测咨询指南的问题和解答.2007年5月30日

7. 世界卫生组织、联合国艾滋病规划署.关于艾滋病检测的政策声明.2004

8. 中国疾病预防控制中心性病／艾滋病预防控制中心.艾滋病自愿咨询检测工作手册.2006年11月

9. 中华人民共和国国务院.艾滋病防治条例.2006年1月

10. 国务院防治艾滋病工作委员会办公室.中国遏制与防治艾滋病行动计划（2006~2010年）.2006年2月

11. 卫生部.全国艾滋病检测工作管理办法.2006年6月

12. 中国疾病预防控制中心.全国艾滋病检测技术规范（2004年版）.2004年8月

13. 云南省卫生厅关于加强和规范医务人员主动提供艾滋病检测咨询服务工作的通知（云卫发〔2012〕284号）

思考题：

1．什么是艾滋病自愿咨询检测？

2．艾滋病自愿咨询检测的原则是什么？

3．HIV阳性的母亲所生新生儿在出生时检测HIV抗体为阳性，是否就可诊断该新生儿为感染了HIV病毒？为什么？

4．列出HIV传播的4个基本条件。

5．列出在VCT服务中，在检测前咨询应当包括的4项内容。

6．列出在VCT服务中，提供HIV阳性结果时应当包括的5项内容。

7．危险评估应注意什么？

8．什么是PITC？

9．开展PITC服务的目的什么？

10．哪些对象应优先考虑接受PITC服务？

（方清艳　杨志芳　马艳玲）

第五章　高危人群行为干预

本章主要简述行为干预的基本原理和主要方法，强调影响行为改变的主要因素，应用行为改变的阶梯理论，通过案例分析，针对艾滋病不同传播途径的高危人群，采用行为干预的原则和方法，进行高危人群的行为干预。

第一节　行为干预的基本理论

一　行为改变理论

行为改变理论认为，个体的行为改变是一个过程，可以把这个过程分为六个主要的阶段，它们是：懵懂阶段、考虑阶段、准备改变阶段、行动阶段、维持阶段和复发阶段（如图5-1）。各阶段的特点是（以药物依赖者的行为改变为例）：

（一）懵懂阶段

1. 未意识到自己的药物依赖问题所在。
2. 没有显现任何想要改变的迹象。
3. 不想考虑要放弃使用药物。

（二）考虑阶段

1. 认识到应该关注自己的药物依赖问题。
2. 考虑改变的可能性。
3. 但仍然处于矛盾和不确定之中。

> 行为改变交流（behavior change communication）指为改变某种行为而进行的交流。其核心理念是，任何人都无法直接改变他人的行为，而只能通过传播某些信息，影响行为人的态度、价值观及其所处的环境，从而促使行为人自己改变自己的行为。

（三）准备改变阶段

1. 准备采取接受戒毒治疗或维持治疗等行动。
2. 有一些小的行为改变。
3. 考虑一些可选择的方法协助改变。

（四）行动阶段

1. 明确决定改变行为方式——接受戒毒治疗或维持治疗。
2. 持续尝试新的行为。
3. 新行为还未达到稳定状态。

（五）维持阶段

1. 在一个相对长的时间里（超过6个月）坚持新的行为。
2. 努力防止复吸。

3. 强化已经取得的成果。

（六）复发阶段

1. 在行为改变的整个过程中，复发随时可能发生，即个人又回到原来的行为中。

2. 复发并非行为改变的彻底失败，复发仅仅是行为改变过程的一部分。

对药物依赖者而言，在尝试戒毒的行为改变过程中，大多数药物依赖者都会又重新使用与过去等量或稍少剂量的药物，这不意味着彻底失败。由于反复使用是药物依赖的特性，这是最有可能出现的结果。

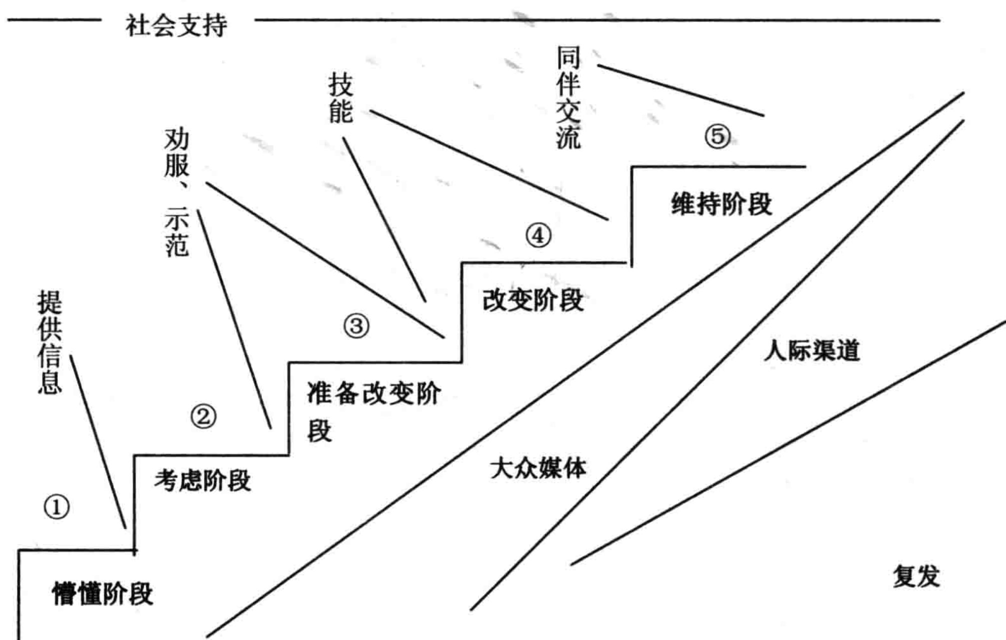


图5-1 个体行为改变过程图

行为改变并非直线式的，它是螺旋上升、循环反复的（如图5-2）。大多数人都会在许多阶段发生复发和倒退，但每一次的复发和倒退都或多或少比前一次的行为改变有所进步，几经反复最后才达到成功。

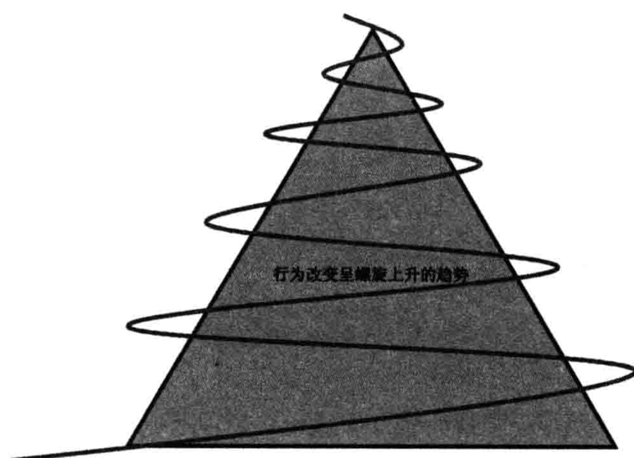


图5-2 行为改变螺旋上升、循环反复图

在行为改变的不同阶段，不同传播途径的作用是不同的。一般而言，大众媒体的宣传作用在行为改变的懵懂阶段、考虑阶段作用更大，随着阶梯的升高，其作用递减；而人际交流渠道的作用正相反，随着阶梯的升高，其作用递增。处于行为改变不同阶段的人，需要不同的信息与支持，所采取的干预策略也不同。处于懵懂阶段的人，应以信息提供为主。对于考虑阶段和准备

行动阶段的人，劝说和示范的干预手段更有效。处于行动阶段的人，则需要提供相关的技能培训，让他们掌握新行为的有关技能。而同伴交流的措施对维持阶段的人很重要。值得注意的是，在行为改变的整个过程中，社会的支持非常重要，它对于促进个人的行为改变至关重要，社会支持为个人的行为改变营造了有益的环境。

行为改变理论可用于指导针对药物依赖者减少毒品危害的干预活动，在具体的干预活动中，我们需要应用行为改变交流的理论来分析药物依赖者处于行为改变的哪一个阶段，然后采取针对性的、有效的干预措施，以减少与毒品相关的危害。

二 行为干预的基本概念

（一）行为干预（behavioral intervention）

干预指在事物的发展过程中通过施加外在因素而引起内在变化，从而改变事物发展方向或阻断其发展进程。行为干预是在目标人群的行为活动中，通过干预措施的实施而改变其具有引起艾滋病传播危险的行为，达到促进目标人群改变危险行为，采取安全行为；降低或预防目标人群感染性病/艾滋病的危险；预防控制性病/艾滋病在目标人群中及社会上的传播与流行的目的。根据干预的范围不同，可以将干预分为（1）个体水平干预：主要是改变个人的行为，其方式主要为一对一、同伴教育、培训、小组讨论等；（2）社区水平干预：改变个人行为和改变社区行为准则，其方式多为社区动员、宣传、组织建设等；（3）地区水平干预：是社区水平干预范围的扩大，为多个社区基础上的干预，主要通过大众宣传媒介实现；（4）国家水平干预：针对全体国民，开展健康教育、健康促进、政策倡导、大众媒介宣传、建立多部门联合机制等。

（二）行为改变干预（behavior change intervention，BCI）

行为改变干预是指为改变行为而进行的干预。主要包括三个方面的活动：一是与目标人群的各种交流；二是各种服务的提供，如药物维持治疗、清洁针具交换、规范性病诊疗等；三是相关政策的倡导开发，如不将安全套作为卖淫嫖娼的依据，100%安全套推广，宾馆酒店等场所安全套摆放和提供等。其主要目的在于改变目标人群危害健康的行为和生活方式，并促进健康的行为。个人是行为改变干预的主要对象。

三 影响行为改变的因素

（一）倾向因素

倾向因素是影响行为的最基本因素，包括知识、态度、价值观和自我效能等。一个人如果不知道艾滋病的危害或严重性，他就不会产生预防艾滋病的愿望，更不会采取相应的行动。但如果他有了这样的愿望，却不知道哪些危险行为可能传播艾滋病，那么他也不会改变其现有的注射吸毒、共用针具、多性伴且不使用安全套等危险行为。理论上通常是知识决定了一个人的行为倾向，但实际生活中，知识和行为往往不成正比，呈现“知行分离”的现象。如吸毒人群明明知道共用针具可能传播艾滋病等血液性疾病，但由于他们为了追求“过瘾”的快感或想尽快摆脱“发瘾”的痛苦，仍旧会与他人共用针具。同样的，在现有的调查中，男男性行为人群和暗娼人群的艾滋病相关知识知晓率较高，知道多性伴和无保护的性行为属高危行为，极易造成性病/



艾滋病的传播，但由于本人或他人的原因，或是怀有侥幸的心理，认为不可能因这一次行为被感染而一次又一次地实施无保护的高危性行为。

（二）促成因素

促成因素包括资源、技术和服务的可获得性。如，一个人即使知道了使用安全套可以预防性病／艾滋病，也有使用安全套的愿望，但如果他想使用安全套时却不能够买到（得到）或是得到了但不能正确使用，那么，他的这个行为改变就不可能达到预期目的。所以，必须营造能促进其坚持改变危险行为的环境。

（三）强化因素

强化因素主要是指目标人群在其行为改变过程中，环境因素（同伴、家长、领导、医务人员、外展人员等）对其的影响，包括正性的强化和负性的强化。如一名性服务人员，如果场所的“妈咪”及其同伴要求、鼓励、支持其使用安全套，即是正性的强化，这将促进其提高安全套使用率，有利于艾滋病的防治；但如果把安全套当做处罚的依据，或是当她坚持使用安全套后，得到的是同伴的讥笑，则是负面的强化，就会影响她使用安全套的行为。

第二节　艾滋病高危行为

一　风险行为的概念与分级

凡有可能感染艾滋病病毒的行为，都称之为风险行为。根据风险级别进行分类，可分为高风险行为（如多性伴且不使用安全套的性行为、共用未经消毒的注射器或针头等）、中风险行为（如中空针头刺伤等）、低风险行为（如实心针头刺伤、口交等）、无风险行为（如与艾滋病病毒感染者一起学习、就餐、游泳等）。但各分级是相对的，还取决于当时的情况。

二　艾滋病高危行为

艾滋病高危行为可根据艾滋病传播的途径来进行分类。

（一）经性途径传播的危险性行为

1. 多性伴：几乎任何成年人都会发生性行为，包括同性和异性之间的性行为。多性伴指同时与多人（同性或异性）发生性行为，或短期内和多个同性或异性发生无保护的性行为。由于与其发生性行为的人员数量较多，无法知晓对方性活动的范围及危险程度，一般情况下，如果与一个人较轻易就发生性行为，则与其他人发生性行为的几率也较大，也会同时拥有较多的性伙伴。相关研究证实，在我国，普通人群中多性伴情况较为常见。假如在其性活动的人群中一旦有传染源的引入，就极易在其圈内引起艾滋病的传播与流行。

2. 频繁更换性伴：虽然在一定时间内只和一个人发生性关系，但其性伴更换较快或较多，同样也具有较大的危险性，此行为不仅表现在FSW、嫖客和男男性行为等

人群中，普通人群中更换性伴情况也较为常见。在吸毒人群中由于毒品的需求，用性来换取金钱或直接用性换取毒品也十分常见。部分吸毒人群通过吸食毒品也会发生群交、滥交等性乱活动。

3. 不使用或不正确使用安全套：安全套的使用是预防性途径传播艾滋病的有效措施。但在实际性活动中，并不是每个人都能够坚持和正确使用安全套。一方面，由于受个人感受、性病/艾滋病防治知识、安全套使用意识、安全套质量、获得安全套难易程度和部分人群对橡胶制品过敏因素的影响，部分人群不能坚持使用或没有条件使用安全套；另一方面，部分人群虽有意识使用安全套，也能获得并愿意使用安全套，但由于不具备安全套使用的知识，不能正确使用安全套，如不是全程使用安全套，仅只在射精前才戴安全套，或不是每次性活动都使用安全套，同样也会造成艾滋病经性途径的感染；再者在安全套使用的过程中，发生了安全套破裂或脱落后不能正确进行补救处理，也存在一定的传播风险。

（二）经血途径传播的危险行为

1. 注射吸毒：吸毒行为中的注射吸毒行为是艾滋病经血途径传播最危险的行为，它是我国艾滋病流行的主要传播方式之一。目前，我国31个省市区均有经注射吸毒感染HIV的报告。据国家禁毒委公布的数据显示，到2010年底，全国登记在册的吸毒人数达154.5万人，且每年还有一定数量的增加。由于还有部分隐性吸毒人员的存在，据估计，实际吸毒人数远比公布的数据要大得多。在公安部门掌握的吸毒人群中，吸食海洛因的人数约为106.5万人，占吸毒人员的68.9%，50%以上的为注射吸毒者。在吸毒人群中，18~45岁的占92.3%；其中35岁以下的吸毒人数所占比例约为69%，初中以下文化者占80%以上，其受教育程度低、卫生观念淡薄、艾滋病相关知识知晓率不高。共用针具是造成注射吸毒者艾滋病快速传播的主要因素。一方面是注射针具的共用，在注射吸毒过程中，吸毒人群通过“回抽”注射器的方式确定注射针是否进入血管，在注射完毒品后也要反复回抽以最大限度地减少毒品的浪费，同时也为了获得注射吸毒的欣快感，这就导致了有较多的血液残留在注射器的针头及针管内。另一方面，由于多名吸毒者聚居在一起注射吸毒，由于注射器的可获得性、数量和吸毒人群的“哥们义气”等因素，共用针具情况普遍存在。有时即使没有注射器的共用，但在同一器皿中进行毒品的溶解和针具的简单清洗，由于没有进行消毒处理导致针具的污染而引起传播。同时，吸毒人群的性乱活动一定程度上加速了艾滋病在吸毒人群中的性途径传播，女性吸毒人群为了获得购买毒品的毒资而卖淫或直接用性来换取毒品，往往采取不戴安全套的阴道性交甚至肛交等高度危险的性行为以尽快获得费用，导致了艾滋病通过吸毒人群经性途径的快速传播。

2. 不正确求医行为：部分人群由于就医价格和其他因素，到一些不正规或非法的消毒不严格的医疗机构就医，一定程度上增加了艾滋病经血途径感染的危险。如：贪图便宜在街头消毒不严格或不消毒的江湖游医处进行注射、拔牙、取痣、纹身等有创伤性的医疗活动；由于担心自己隐私被暴露，不到正规医疗机构进行性病规范诊疗；部分FSW或嫖娼人员由于相关知识的欠缺，感染性传播疾病后到非法诊所或是自行购药进行对症治疗等。



3．不安全用血行为：非法采血制造血液制品亦会引起艾滋病经血途径传播，如我国河南省的90年代艾滋病的流行，就是由于一些单位和血液制品企业非法采集原料血浆，违规操作，引起交叉感染而造成部分供血者经血液途径感染了HIV。

三　高危人群

凡是具有高危行为的人群，都称之为高危人群。本节仅是对重点的高危人群进行简述。通常所说的艾滋病高危人群和重点人群主要有以下几类：

1．女性性工作者（female sex worker，FSW）。指的是为男性提供性服务（卖性）的女性，暗娼一词具有歧视和贬义，故现多提女性性工作者，对该人群常有的称呼还有小姐、鸡、鸡婆、妓女等。她们主要存在于宾馆酒店，娱乐场所（卡拉OK、KTV、夜总会），桑拿按摩房，洗头洗发屋，出租屋等场所，部分还在街头流动。通常通过中间人（“鸡头”、“妈咪”等）介绍、电话联系或直接面谈等方式，采取上门提供服务（“出台过夜”、“出台不过夜”），现场提供服务（“快餐”、“坐台”），出租屋内提供服务和露天场所提供服务等进行性交易。根据FSW的年龄、长相、文化程度、服务场所等，有不同的收费标准，分为高、中、低层次。其中，以低层次FSW如街头流动（“站桩”、“站街女”等），出租屋和小型洗头洗发屋为最重点关注人群。这些人群存在年纪大、长相差、知识层次低、卫生知识欠缺、收费少等特点。而该人群服务的对象多为收入较低的流动务工人群或经济状况差的大年龄（50岁以上）人群，这些人群性病／艾滋病防治的相关知识较为欠缺，卫生安全意识淡薄，使用安全套进行安全性行为的意识缺失，容易通过危险性行为引起艾滋病经性途径传播。由于多种原因，低层次的性服务人群获得艾滋病性病防治相关信息和服务也相应较少，故该人群受艾滋病传播的危险性是最高的。有监测资料表明，低层次FSW与其他FSW HIV检出率可相差10倍以上，该类人群是防止艾滋病经性途径传播行为干预的最重要人群。无保护的高危险性行为在女性吸毒人员中更为常见，故具有吸毒行为的FSW也是FSW中的重点。

2．嫖客（client）。指的是以金钱或物质支付方式与FSW交易获得性服务的男性。任何一个成年男性都可能成为嫖客，这取决于他的买性行为而不取决于他从事什么职业或他有多大年龄。嫖客的买性行为，确定了他的多性伴，且他的性伴是与其他人频繁发生性行为的。在发生性行为的过程中，会发生肛交、口交等行为，也可能发生不使用安全套的危险性行为，其行为是引起艾滋病和其他性传播疾病发生的重要原因。

3．吸毒人群。吸毒传播艾滋病重点是注射吸毒人群，有的地方称为粉仔、四号客、海洛部队等。一方面由于注射吸毒中普遍存在针具的共用而引起艾滋病的快速传播，另一方面，吸毒人群的性乱也是导致艾滋病快速传播的重要因素，再者，因购买毒品的需求，女性吸毒人群通过卖性获取毒资或直接用性换取毒品而进行无保护的性行为较为常见。近几年来，新型毒品（摇头丸、K粉等）的使用日渐增加，通常是多人聚集吸毒，在进行毒品吸食后处于兴奋状态，导致使用者在吸食毒品后发生多人的群交性行为，且不使用安全套，可以引起经性途径的传播。

4．男男性行为人群（men who have sex with men，MSM）。凡是与男性发生同性

性行为的人群均归在这一范畴，是艾滋病经性途径传播的重要人群。其危险行为主要表现在以下几点：（1）多性伴或频繁更换性伴；（2）以肛门性交行为（肛交）为主要性交方式；（3）不使用或不正确使用安全套。该人群主要包括：（1）男性同性恋者：具有男性同性恋心理及行为的人群，仅对男性有性行为的性趣，对异性表现为不接纳甚至是拒绝。大多选择单身并与同性发生性行为，大多数频繁更换性伴或同时与多名同性保持性关系，多性伴情况较为普遍。有部分同性恋者迫于社会环境及家庭的压力，选择了与异性结婚并与之发生性行为，但同时又与其他多名同性保持性关系，一定程度上加快了艾滋病等性传播疾病在人群中的传播速度。（2）双性恋者：既有同性恋倾向，同时也接受异性恋行为。他们既有同性间的性行为发生，具有男男性行为人群特有的肛交、多性伴等高危行为特征，同时也与异性发生性行为或有婚姻关系，这就在高危人群与普通人群中架起了艾滋病传播的桥梁，也是造成家庭内传播的重要因素之一，应给予高度的重视。（3）境遇性的男男性行为者：该人群并不是男性同性恋人群，也没有同性恋倾向，但由于环境导致只有同性存在而发生了同性间的性行为，一旦脱离了这个环境，其同性间的性行为也随之结束。主要存在于如监狱、军队、远洋海员、边远封闭地区的施工工地等。近年来，随着大型工地的施工而引起的FSW聚集现象较为普遍，在边远工地境遇性的男男性行为人群可能会相对减少。（4）为男性提供性服务的男性（money body，MB）等发生男性同性间性关系的人群：该人群不一定是同性恋人群，有的仅只为得到金钱而为同性提供性服务。性伴较多且更换频繁，同时不使用安全套肛交、口交等高危险性方式较为常见。（5）易装和跨性别人群：对自己现在的生理性别有不同的认识，认为自己本来应该属于女性，常以女生打扮出现，并与男性发生性行为，或为男性提供性服务。这部分人，有的已经通过变性手术来实现了自己的心理性别，而有的则没有实施变性手术。但这部分人群的危险性不在于他的心理状态如何，而是决定于他是否发生同性间的性行为，特别是不使用安全套的肛交行为和多性伴行为。

5．多性伴人群。指同时具有多个性伙伴或频繁更换性伴的人群。这类人群可以是任何人群如吸毒者、FSW、嫖客、男男性行为人群或是普通大众等，由于他（她）的多性伴和频繁更换性伴的行为，导致了艾滋病等性传播疾病的快速传播，即使他（她）不属于上述高危重点人群，但仍然是防止艾滋病经性途径传播的重要人群之一。

6．感染者配偶及性伴。指HIV感染者的阴性配偶或性伴。由于其配偶或性伴已经是HIV感染者，他（她）处于高度危险的环境下，极易通过性关系被感染HIV，应引起高度重视。

7．其他人群。如长途卡车司机、外出务工流动人员等。一方面，由于长途卡车司机和外出务工人员长年在外，且处于年轻力壮的性活跃时期，对性生活有着较大的需求；另一方面由于职业、生活、经济、生存条件等特性，该人群外出大多不携带配偶，促进了其在外寻找其他性伴或FSW行为的发生；再者，流动务工人群大多经济能力较差，其寻找的FSW多为低层次的，加之双方都缺乏相关的健康知识和预防艾滋病的相关措施，且得不到一些如知识宣传、同伴教育、安全套发放等的相关服务，具有



高度的危险性。

第三节　高危人群的行为干预

一　艾滋病高危行为干预应遵循的原则

（一）保密原则

（二）自愿、尊重和不歧视原则

对目标人群的干预工作，要建立在尊重、自愿的基础上。同时，开展干预活动的工作人员，要正确认识干预工作的重要性和目标人群应有的权利，不歧视干预的目标人群。

（三）分类指导原则

不同的干预目标人群，具有不同的社会、心理和行为特点，只有针对其相应的特点，采取分类指导的原则，采取不同的干预措施和方法，才能取得较好的干预效果。如对注射吸毒人群采取药物维持治疗、清洁针具交换等有针对性的干预措施等；为男男性行为人群提供安全套、润滑剂；为低档次的性服务人群提供免费的安全套等。

（四）受益原则和减少伤害原则

所有的干预措施和干预服务，均应使目标人群获得受益和减少伤害，才能起到良好的干预效果和可持续性。

（五）目标人群参与原则

在进行干预活动中，无论是任何目标人群，只有获得他们的认可和参与，才能达到事半功倍的效果。如：开展同伴教育，利用同伴进行外展活动等。对FSW、社区吸毒人群和MSM的干预工作，目标人群的参与所起的作用是专业机构人员所不能取代的。

（六）综合干预原则

艾滋病预防干预工作，不是哪一种方法就能解决所有的问题，必须提供综合的干预服务，包括医学、社会、心理和精神等各方面的干预措施，同时还要提供多种干预方法。如对吸毒人群的干预，除提供健康教育、宣传知识外，还应提供清洁针具交换、社区药物维持治疗、社区康复治疗、安全套推广、同伴教育等，同时根据目标人群的需要还需提供性病诊疗、结核病诊疗、咨询检测、抗病毒治疗、抗机会性感染治疗、母婴阻断、心理支持及干预、关怀救助等方面的服务，还可提供生存技能培训、就业信息提供及转介、病人护理及关怀等。对其他目标人群，同样应提供综合的干预服务。

（七）覆盖面和覆盖频度原则

在干预活动中，应注意干预活动的覆盖面和覆盖频度，干预活动要达到足够的目标人群覆盖率和较高的覆盖频度，才能产生较好的干预效果。如果一个地区的FSW干预工作仅注重县城所在地而忽视乡镇，或是仅注重高档规模场所而忽视低层次的发廊、出租屋、街头流动等场所，则不能覆盖所有的目标人群。同时，干预的目标人群，特别是性服务人群和男男性行为人群流动较为频繁，如果达不到一定的覆盖频度

或是覆盖频度较低，则干预工作的效果就较为有限。

二　女性性工作者行为干预

艾滋病作为严重威胁人群健康的传染病正在中国大地上肆虐，其中女性性工作者的艾滋病病毒感染率不断上升。截至2011年底，估计现存78万艾滋病病毒感染者和病人中，经异性性接触感染占46.5%。2011年估计4.8万新发感染中，性途径传播占81.6%，其中异性性传播占52.2%，同性传播占29.4%。

全国艾滋病/性病监测数据显示，近几年，梅毒发病率快速增长，出现了重新流行的迹象。全国梅毒报告发病率由1987年的0.08/10万增长到2006年的13.35/10万，年增长率为30.66%。性病哨点监测的结果显示，28.9%的哨点发现了艾滋病病毒感染者。性病经性途径传播流行的一个重要因素就是娱乐场所提供性服务的小姐中安全套使用率低，全国监测资料显示，2010年，FSW最近一个月商业性行为坚持使用安全套的比例为67.8%，最近一次商业性行为安全套使用率为90.5%。此外，由于感染性病后不能够得到及时、规范的治疗，造成这一人群感染和传播艾滋病的风险加大。因此，遏制艾滋病在FSW等高危人群中的流行、防止艾滋病从FSW等高危人群向一般人群传播，已成为当前乃至今后相当长一段时期艾滋病防治工作的一项重要而艰巨的任务。

（一）FSW中与艾滋病相关的主要危险行为方式

1．多性伴。

2．无保护性阴道性行为。

3．无保护性肛交和口交行为。

4．静脉注射毒品和共用注射针具。

（二）针对FSW高危行为的干预措施

1．开展宣传与健康教育。

通过有关部门及业主（领班）的认可和协助，同伴骨干宣传员在娱乐服务场所开展宣传教育活动。

宣传教育内容包括：性病/艾滋病基本知识（传播途径和预防方法），性病的症状及危害，演示如何正确使用安全套，说服对方使用安全套的技巧等。同时对于FSW日常碰到的妇女健康问题随时给予解答。同伴骨干宣传员的主要任务是：鼓励FSW坚持使用安全套；传授安全套的使用技巧；发放宣传教育材料；提供安全套；提供有关性病、生殖健康方面的咨询服务和相关信息等。同时，还要掌握娱乐场所中FSW的流动情况，尤其是要及时发现新来的FSW，加强对其进行宣传教育。此外，同伴骨干宣传员还需要对每次的外展活动进行记录。

2．提供性病诊疗与生殖健康服务和转介服务。

（1）正确的求医行为的影响因素。

①医疗服务的可及性。在较大的城市，公立和私立性病门诊可基本满足病人看病的需求。但是在小城镇和农村地区，虽然有为数不少的病人，却缺乏有效、规范的性病诊疗服务，使得相当一部分病人只能选择非正规的求医方式，得不到有效的治疗。

② 医疗服务的质量和可接受性。在医疗服务中，病人是否得到尊重、是否为其保



密、收费是否合理、疗效好不好等，尤其为病人所看重，是促使病人是否采取正确求医行为的关键因素。

③ 媒体广告宣传。电视、报纸、杂志等媒体的广告宣传对病人的就医选择影响较大。目前充斥于各媒体的虚假、夸大的广告宣传常常误导病人。这些广告宣传有时还打着普及防病治病的旗号，使其更具有欺骗性。

④ 性别、年龄、婚姻、经济状况、文化程度等人口学因素不同的病人在求医行为上有较大的差异。比如，女性患病后心理压力更大，更多采用自己买药的方式进行治疗，也可能因怀疑为妇科疾病而去妇科就诊。另外，文化程度高、经济条件优越者通常会积极主动求医。

⑤ 病人的健康知识水平。病人对性病症状和传播途径的了解程度如何，是否有一定的防病知识等，对其求医的选择产生影响。以往的看病经历可决定她是否在同一处就诊或者是改变就诊方式。

⑥ 周围人的影响。FSW的同伴、同事、亲友、老板等建议、看病经历对其求医行为也有重要的影响。

（2）促进正确的求医行为。

促进正确的求医行为是国际上公认的预防和控制性病／艾滋病的重要措施之一。它使病人得到及时有效的治疗，从而缩短病程，减少感染者数量，减少传染源，阻断传播途径，降低发生并发症和后遗症的危险性。促进正确的求医行为，需要动员社会多方面的力量，从不同方面进行行为干预。

①加强有关正确求医的健康教育与咨询。有关正确求医的健康教育内容包括：各种性病的表现尤其是早期症状、危害性、传播方式、预防措施及早诊断和治疗的重要性，延误治疗或错误治疗的害处，如何利用当地的性病医疗服务机构等。

开展促进正确求医的健康教育，应配合其他干预活动一起开展，而不是孤立的。这些活动包括以下几个方面：

开展有针对性的咨询服务。利用咨询门诊、性病／艾滋病咨询热线、社区咨询等条件，向干预对象开展有关正确求医的健康教育与咨询。到重点人群和高危人群聚集的场所开展活动，如发放健康教育材料、联系卡、放映录像、组织讲座、小组讨论和知识竞赛等。通过开展同伴教育，鼓励高危人群正确求医。利用大众媒体，广泛宣传性病／艾滋病防治知识。

②营造良好的就医环境。性病病人就医时不应受到任何形式的歧视。社会舆论应该有助于引导宽松、正确的就诊取向。如开展反歧视宣传，普及正确的性病／艾滋病知识，性病医疗广告不可过多过滥，其内容应真实、准确。

③改进服务态度，提高服务质量，增强对病人的吸引力。性病／艾滋病医疗服务机构要为就诊者提供价格合理、规范方便的治疗，采取方便就诊措施，如延长服务时间，开设午间、夜间或节假日门诊，建立良好的医患关系，进行细致的健康教育和咨询，动员性伴就诊，通过优质服务提高医疗服务机构的知晓度，增强对病人的吸引力。这样能够引导病人到正规医疗机构就诊，使得更多的病人得到有效规范的治疗，提高就诊率、治愈率和性伴治疗率。

（3）规范性病诊疗服务。

性病规范服务，就是向就诊者提供及时（当天得到诊疗）、有效（按卫生部门方案诊疗）、可及（容易得到）和费用可承受（收费合理）的服务，包括从询问病史、体格检查、诊断、治疗、健康教育、咨询、安全套促进、性伴告知和疫情报告等一系列过程。特别是健康教育、咨询、安全套促进和性伴告知，对控制性病／艾滋病的传播有重要作用，而这些恰恰是日常临床工作容易忽视的。

◇ 设立规范化性病门诊。

◇ 到FSW聚集地提供服务。

◇ 提供现场与门诊相结合的服务。

这种服务实际是以性病门诊为依托开展外展服务，必须要有规范化的性病门诊的支持和足够的、符合条件的外展人员。

◇ 建立吸引FSW寻求和接受规范性病诊疗服务的激励或优惠机制。

针对FSW普遍反映“到医院看病太贵”的问题，在现阶段以有效的方式尽量降低FSW的性病诊疗费用，是吸引她们（特别是低档FSW）寻求并接受规范化性病服务的有效方法。采用一些鼓励或优惠政策在很大程度上可吸引FSW到医院或指定门诊就医。

（4）提供性病转介服务。

根据目标人群的需求，为其提供性病转介服务，可通过转介卡、陪同转介等方式，转介到当地的规范性病诊疗机构，使她们得到及时、有效的治疗。

3. 安全套促进使用。

（1）安全性行为的概念。

安全性行为是针对如何降低性行为传播疾病的危险而提出的概念，它是指那些既能减少性行为传播疾病的危险，又能满足性需求的行为。从性行为方面考虑，要保证性行为的安全就要避免在性活动中接触他人的体液（包括血液、精液、阴道分泌物等）或皮肤黏膜溃疡等。所以，一个人进行的性活动（如自慰／手淫、性幻想等）是安全的。此外，两个人进行一些没有体液交换的性活动（如拥抱、爱抚等）也是比较安全的。应该指出的是，有些性病病原体可能从阴茎、阴道以外的病损部位排出，如梅毒硬下疳可出现在身体的其他部位，生殖器疱疹也可以出现在生殖器附近等，所以与这些人身体的密切接触仍有感染这些疾病的危险。如果发生性交，每次坚持正确使用质量可靠的安全套可以大大减少疾病传播的危险。在几种性交方式（口交、肛交和阴道性交）中，不使用安全套的肛交行为是最危险的。

（2）使用安全套的重要性。

安全套可提供一种物理屏障，避免直接接触性伴的体液。国内外研究证明，正确和坚持使用安全套是保护使用者及其配偶免于意外怀孕和预防性病／艾滋病的有效方法。

（3）FSW在安全套使用方面存在的障碍。

①对安全套的防病作用认识不足或存在障碍。



案例1：

有的FSW缺乏知识，缺乏自我保护意识，认为自己不可能感染性病／艾滋病。有的FSW说："我没病。客人不要戴就不戴。我身体好，不会生病的。"

承认职业风险，觉得无可奈何。有的FSW说："身体是会有不舒服的时候，干这行，得病是正常的，我会经常买点消炎药吃吃。"

"吃四号（海洛因）没钱只有去坐台，有什么办法。我已经有那个病了（感染艾滋病），他们不用套，我也不能强迫他们用，他们都不怕了，我怕什么，过一天算一天了。"

通过观察判断对方是否有病。有的FSW说，"看客人长得干净的、老的、闻着身上没有怪气味的，就可以不用了。"

②客人不愿用。

有FSW说："有时如果客人坚持不用就没有办法了，总不能不做生意嘛，我出来干这个，也就是为了那点钱，家里每个月还等我寄钱回去呢。"

③未掌握正确使用安全套的技巧。

④经济障碍。

目前多数国产普通安全套的每只价格在0.5~1元，但对于低交易价格的FSW来说，所以有时FSW根本买不起安全套。

⑤安全套质量不理想。

（4）怎样克服FSW在安全套使用方面的障碍。

①加强推广使用安全套的宣传培训，提高FSW对安全套使用重要性的认识。重点宣传安全套的防病作用，性病／艾滋病对个人、家庭、社会的严重危害以及个人应承担的对家庭、社会的责任，以提高她们的知识水平，改变不正确的观念、想法，让FSW感觉到健康危险的存在和严重程度，提高她们使用安全套的意识，促进安全套的使用。同时要讲解并演示安全套的正确使用方法。宣传培训的方法有专题培训、小组讨论、咨询、面对面交流等。

②营造社会支持性环境。营造一个支持性的社会环境是增强安全套的可获得性、促进 FSW 正确使用安全套的前提。例如可召开公安、司法、旅游、计生、宣传等相关部门领导参加的专题协调会，对"促进FSW使用安全套是性病／艾滋病防治工作必不可少的重要措施"达成共识。此外，利用广播、电视、报纸等新闻媒体开展宣传，创造出促进安全套使用较宽松的社会环境，如安全套不作为卖淫嫖娼处罚的依据

案例2：

某县疾控中心的干预人员多次到发廊对FSW进行"面对面"的有关预防艾滋病、使用安全套的宣传教育。3个月后，FSW的一些错误认识得到纠正。如原64.1％的FSW认为"体外射精可以预防传染艾滋病"，66.1％的FSW认为"阴道冲洗可以预防性病／艾滋病"，干预后均降到了43.2％。原82.1％的FSW认为"使用安全套可使用油性润滑剂"，干预后降到了30.7％。

等，使推广使用安全套工作在FSW人群中顺利开展起来。

③加强使用安全套的技能培训。针对FSW不能正确使用安全套的状况，应加强安全套使用方法的培训。培训中要注重技能培训，干预人员应进行完整的使用安全套的示范演示，并让FSW现场练习操作，最好能做到在黑暗中也能熟练、正确地戴上安全套。



图5—3　正确使用安全套步骤

④加强对客人使用安全套的宣传教育。由于在性活动中男性往往居主导地位，一旦男性不同意使用，女性很难坚持使用安全套。所以加强对客人有关性病／艾滋病预防的宣传教育，提高他们使用安全套的意识和自觉性非常重要。可通过由FSW和场所业主（领班）主动向客人发放宣传材料，宣讲安全套的防病作用，在场所内张贴相应的宣传画等方法提高宣传效果。

⑤进行与客人协商使用安全套的技能培训。除加强对客人的性病／艾滋病预防宣传教育外，为了促进安全套的使用，还应该在FSW的培训中加入说服客人使用安全套的方法和技巧。

（5）恰当使用润滑剂。

润滑剂可使性交更安全和舒适，有助于激起性兴奋，减少阴道干涩状态，使阴道黏膜避免撕裂，减少传染疾病的机会，还可防止安全套破裂。润滑剂的选择应是水溶性的，切勿使用按摩油、婴儿油、防晒油、矿物油、食用油等油性润滑剂和润肤露、雪花膏、烧伤膏、外用酒精、唾液等其他润滑剂，因为它们会使安全套功能削弱，增加其破裂的机会。

（6）安全套的推广。

①安全套的社会市场营销。社会市场营销是遏止性病／艾滋病流行和预防生殖道感染的有效手段。它是运用商业营销技术达到社会公益的办法或方法。通过运用传统的商业营销技术与改变行为的宣传运动相结合，使低收入人群便于购买并支付得起所需要的保健产品，并鼓励他们采取健康的行为。

②开展安全套社会市场营销的目的。社会市场营销弥补了卫生保健系统、私营、公立卫生服务和提供保健产品的空白。在卫生保健系统之外，通过提供可及的和可负担得起的产品，减少现有卫生服务部门的压力，使卫生系统将有限的资源用于更加重要的地方。



③安全套社会市场营销的主要内容：

顾客至上：在社会市场上购买产品的是目标人群，所以应该把注意力集中在目标人群的需求和利益上。

自愿交换：把人们采纳的一种新思想或新行为看做是自愿地支付某种资源（如金钱、时间、精力、服务）来换取一定好处的过程。

顾客分类：提倡用市场调查、专题讨论等定性研究方法，对目标人群分类，这样可以针对不同的顾客采用不同的社会营销策略。

准备研究：对推销商品的广告及各种健康教育材料，应精心设计并进行预试验。

推销途径：对各种不同的传播途径和干预策略进行分析研究，掌握其特点。

综合市场：按产品、价格、地点、促进干预计划和实施特征做市场综合分析。

过程追踪：系统地追踪项目的实施（推销过程）和社会反应（销售状况）。强调经常性的评估（市场动态分析）。

管理：就是对整个社会营销的计划、实施和评估进行质量控制，并做系统性的协调管理。

④安全套社会营销基本原则：

◇产品：在一个社会营销项目中，推广的既可以是一个有形的商品（如避孕药），一项服务（如性病检查），一种习惯（如母乳喂养），也可以是一种无形的观念（如环境保护）。

◇ 促销：社会营销项目的促销活动，是利用各种不同的沟通渠道和基于产品和目标人群的各种行之有效的方法，将相关信息传递给目标人群。

◇ 地点：指的是能够获得社会营销产品或服务的场所。

◇ 代价：社会营销项目通过调查研究，争取降低实现行为改变所付出的代价（不仅包括价钱，还要时间、精力、改变老习惯、感情投入等）。

有人提出，既然社会营销是为了社会效益，那么，安全套社会营销为什么不能免费发放，而是销售？这是因为虽然社会营销项目多能得到国际机构或政府的资助，但它所推广的产品不是免费发放的，是利用便利的销售渠道以合适的价格销售给目标人群。此外，销售可以避免浪费；可以使项目具有可持续性；销售数字可以作为衡量目标人群行为改变的一个量化指标；销售还可以促进目标人群“花钱买健康”正确观念的形成。因此安全套采用社会营销活动是合理的。

4. 动员并提供HIV自愿咨询检测服务。

针对FSW的特点在FSW中开展VCT可有不同的服务模式，主要是通过外展服务到FSW生活或工作场所提供VCT服务。

（1）选点。为方便FSW，可在她们聚集地设立VCT服务点（如租用某个房间设立），也可以与当地乡镇卫生院或个体诊所联系借用某场地作为VCT服务点，干预人员定期到服务点去提供服务。

（2）设计并制作有关的宣传材料和VCT服务联系卡并带到现场。与关键人物如娱乐场所业主、老板、领班等联系好，向他们解释宣传VCT的意义作用，争取他们的支持。

（3）结合提供性病与生殖健康服务，有利于促进VCT工作的开展。培训FSW中的同伴教育者、志愿者作为推广VCT服务工作的一员，让她们起示范作用，动员其他姐妹参与到VCT工作中来。

（4）注意做好现场个人隐私保护。须在单独房间提供检测前后一对一咨询，对体检发现的感染情况及检测结果仅告知本人，不随意泄露。

（5）对HIV阳性的FSW，要注意做好以下几点：

◇ 告诉阳性结果及其含义。

◇ 提供有关何时开展抗病毒治疗以及哪里寻求治疗的信息。

◇ 强调每次性活动一定要正确使用安全套，以便保护自己、他人，预防机会性感染等。

◇ 强调我国法律规定，明知自己患艾滋病故意传染他人是违法行为，将受到处罚。

◇ 告知她应有的权利、义务，强调她对家庭、社会应尽的责任。

◇ 给予心理情感支持和关怀，告知有哪些支持机构。

◇ 告知定期随访的必要性。

◇ 动员她告知性伴HIV感染状况。

◇ 必要时提供转介服务。

（6）在FSW中开展VCT时应注意的问题：

◇ 平等、尊重：由于FSW人群对圈外人有很强的戒备心理，一般不愿意与圈外人交流。干预人员要理解和尊重她们，以平等的口吻与她们交谈，不要因好奇打探她们的隐私。

◇ 良好的沟通技巧：要消除FSW人群的戒备心理需要有良好的沟通技巧。交谈时要注意语气，使用她们能听懂的语言，从不敏感的话题开始，如：谈化妆、谈服装等，慢慢转到生殖健康和敏感问题上来。

◇ 在对FSW提供VCT服务时，为她们提供感兴趣的相关知识和信息，增加她们对VCT服务的接受性。如：宣传艾滋病／性病防治知识，增强防病意识；提供生理卫生、避孕、生殖健康方面的知识；交流采取安全性行为的方法和技巧；提供有关性病／艾滋病诊疗信息；提供有关妇女支持网络和相关机构的信息；避免说教，更不要加入自己的道德评判。

◇ 注意保密，不要把咨询内容与其他人交流。无论在何处提供VCT服务，要有单独的空间便于FSW和咨询员交流。有关记录要保管好。

◇ 要注意有些FSW既卖淫又吸毒，咨询时要注意对这类人群提供全面的信息，包括清洁针具方法、针具交换和美沙酮治疗服务点信息等。

5. 同伴教育活动。

要想做好对FSW的干预工作（如制作针对FSW的IEC材料、开展健康教育、宣传、培训、安全套推广等），仅仅有政策制定者和工作人员等相关人员的努力是不够的，必须要有FSW的参与。只有在参与过程中，促进参与者知情，加深相互理解与各自的选择，才能激发工作热情，加强配合与支持，保证干预工作的顺利和持续开展。如在



云南某地开展低交易价格的FSW（俗称“站桩女”）的艾滋病干预工作比较困难，既难找到她们，又难以接近她们。于是干预人员聘请了一位曾经做过娱乐场所领班的FSW承担向“站桩女”发放安全套的工作，效果较好。这名FSW对“站桩女”活动的场所和特点有所了解，接近她们比较容易，也比较自然，她自己也为能参加艾滋病防治工作感到荣幸和自豪，工作积极性高，每天沿街发放宣传材料和安全套，虽工作很辛苦，但很认真，赢得了FSW们和干预人员的好评，对当地开展FSW干预工作起到一定的宣传鼓动作用。

（1）FSW中同伴教育的活动形式。FSW群体分布广泛，流动性大，对“圈外人”警觉性高，因此“圈外人”对其不易把握，在一些信息、技巧传授上也有所欠缺，在这种情况下，同伴教育成为FSW干预项目的重要手段，注重加强同伴教育工作，对持续开展干预工作有一定的效果。FSW同伴教育者可以根据本地实际情况和FSW的特点，采取不同的活动形式，常见的有：小组专题讨论，主要议题可以是有关性病／艾滋病及安全套使用的问题，以及讨论FSW面临的压力等；组织小组外出活动或经常性聚会，如旅游、家庭式聚会或俱乐部活动，观看相关影视作品、戏剧表演、运动项目等；举办性病／艾滋病防治知识培训或演讲会，请专家或FSW中同伴教育者讲授性病／艾滋病知识及预防措施；提供个人咨询，一对一交流讨论有关性病、艾滋病及检测等问题；免费发放安全套和IEC材料，现场演示如何采取安全性行为，如何正确使用安全套等；支持FSW中艾滋病感染者；组织参与干预项目的设计和管理活动等。

案例3：

某县的王小姐是一家KTV的领班，她以前是FSW，现在有合适的客人也会出台，每次性行为她都使用安全套。她经过艾滋病培训后回去给其他FSW讲授艾滋病／性病预防知识和安全套使用方法。把从疾控中心领来的安全套、宣传材料等发给大家，并告诉她们发生性行为时一定要使用安全套。当FSW与客人协商使用安全套出现问题时，她会帮助FSW说服客人使用安全套。由于她的工作吸引了众多FSW参与干预工作，促进了当地FSW人群中干预活动的开展。

另一个“站桩”的FSW，文化程度低，不会讲课，自从得过尖锐湿疣后她很注意保护自己，她利用打麻将的机会和姐妹们讨论艾滋病的传播和预防知识，谈到自己得尖锐湿疣的感受时，告诉姐妹们一定要戴好安全套，同时她把领回的宣传材料和安全套发给姐妹们。她用贴近FSW生活的方式与她们接近，并结合自身体验宣传艾滋病／性病防治知识的做法，使FSW易懂、易接受艾滋病预防知识。通过这些经常性的同伴教育活动，协助干预人员解决较难进入“站桩”FSW开展干预的难题，帮助打开了在低档FSW中开展干预的局面。

（2）保持同伴教育队伍的稳定。FSW客观存在着的流动性造成了同伴教育者不可避免的流失。同伴教育者流失的另一个原因是工作热情和积极性下降以及同伴的反对、老板的影响等。许多FSW 前来作为同伴教育者，往往需要在心理等方面得到满足，一旦觉得在工作中得不到自己需要的东西，就会对继续工作失去兴趣。同伴的影响也是另外一个重要的方面，一旦同伴教育者需要在其他人面前“抛头露面”，有可

能引起其同伴的反对。还有的同伴教育者因为不能完成所安排的工作，产生过多的挫折感而离开。面对这种情况，解决的策略来自互补的两方面：其一，不断征集、培训、补充新的同伴教育者，建立同伴教育者队伍，以保证有足够数量的同伴教育者进行工作。应注意到有的时间段如农忙、年关等，因FSW回家帮忙或过节，会造成同伴教育者的阶段性流失。这时应加强事前和事后与FSW的联系，减少流失，避免阶段性的流失变成永久性的流失。其二，在避免流失的同时，能运用有效的方法加强对同伴教育者的支持，如不断提供宣传教育、知识技巧、保护性环境、经济及精神等多方面的支持与帮助，稳定同伴教育者队伍。

6. 外展服务。

（1）外展服务的定义。外展服务（outreach service）是指工作人员“走出去”，利用各种方法和技巧，接近和深入到FSW活动和居住的场所或较为集中的地方，以各种合适的方式，为她们提供性病／艾滋病防治知识以及方便、有效的医疗和预防服务，以达到促进她们降低危险行为，采取安全性行为的目的。

（2）开展外展服务的目的。FSW是隐匿而敏感的人群，她们有的不知道什么是艾滋病／性病、怎么传染的，不知道自己处在危险之中，不知道性病的症状是什么，更不知到哪里寻求帮助；也有的担心到医院看病会遇见熟人，或得不到满意的服务，如医务人员服务态度差、看病手续烦琐、候诊时间长、保密性差、收费高等。还有相当比例的FSW感染性病后无自觉症状，不知道及时就医，从而延误了治疗并传染他人。国外有些对艾滋病干预研究的结果说明：到社区FSW场所中开展外展服务不仅有效，而且符合成本－效益原则。因为外展服务能够明显改善为高危人群提供医疗和预防服务的质量，提高服务的可及性，减少社会对高危人群中艾滋病／性病感染者的歧视。

（3）外展工作的服务内容和形式。开展有关艾滋病／性病防治健康教育和咨询活动，提高FSW艾滋病／性病防治知识水平和自我防护意识。形式有：举办小讲座、培训班、小组讨论、集体观看录像、听录音、联谊活动等；免费发放或优惠销售安全套，发放健康教育处方和宣传材料，帮助FSW提高安全套使用技巧，鼓励每次性行为时使用安全套等；发放联系卡或优惠卡，鼓励FSW怀疑自己有感染时及早到正规医院就诊、定期检查、接受咨询等；开展同伴教育活动；提供包括艾滋病／性病、妇科病及常见内科病的咨询以及生殖感染的诊断治疗；提供专项服务，如定期体检、群体性病预防治疗等；提供VCT服务；提供FSW所需要的其他信息和服务等。

（4）开展外展服务的做法和应注意的一些具体问题：

①在社区中建立外展服务点。如有可能，可租用相对固定的地点（房间）建立外展服务点（妇女健康中心、活动中心等），它是外展人员的“家”，是提供教育、材料、服务的基地，可提供FSW聚会、活动的场所。

②以小组形式工作。外展人员尽量避免单独活动，至少2个人一组，可以相互鼓励和支持，促进干预活动的连贯性并增加安全性。

③保持与FSW的接触和联系。为提供系统的、多样的服务，保持与FSW的联系是重要的。当接触到新的FSW时，应尽可能获得其联系方式，可填写联系表，内容包括



姓名、联系电话、最常去的场所等。

④表明身份，外展人员应该在所有外展时间携带工作证明。

7. HIV阳性FSW者的干预。

对于检测发现的HIV阳性FSW者，应为其提供综合的干预服务，包括安全套提供、CD_4定期随行检测，介绍国家艾滋病抗病毒治疗与政策、程序和内容，强调感染者应承担的责任和义务，尽量动员其及时接受抗病毒治疗，并提供治疗转介服务。

三 吸毒人群行为干预

（一）概念

吸毒人群行为干预是指对吸毒人群开展的各种干预活动的总称。旨在应用各种措施和方法以降低与使用毒品相关行为所造成的不良后果的一个整体策略，以达到阻止传播艾滋病病毒、丙肝病毒等，降低与毒品相关的违法犯罪行为和反社会行为，使吸毒者恢复已丧失的个人、家庭和社会功能的目的。

（二）该人群与艾滋病相关的行为特征

1. 静脉注射吸毒共用针具。

2. 静脉吸毒者的性活动。

案例4：云南省3个县（区）对101例吸毒者深入访谈的结果

吸食毒品方式：多数人采用注射吸毒方式吸毒，3个县区被访谈的吸毒者中注射吸毒者分别占100%（30/30）、72.2%（26/36）和42.9%（15/35）。注射吸毒者认为注射毒品主要是因为过瘾、省钱、方便和朋友劝说。

注射器来源：主要是药店和私人诊所，在“瘾发”的情况下，他们也会借用别人的注射器。

共用注射器：3个县区的吸毒者共用注射器比例最高的达96.2%（25/26），最低的为46.7%（7/15）。调查表明，虽然大多数吸毒者能从正规渠道购买注射器，但由于种种原因，共用针具或借用针具的现象较为普遍。调查还发现，被访谈的吸毒者大多数不消毒注射器或不知道如何正确消毒注射器，在重复使用时，他们会用清水、开水或酒精随便清洗一下后继续使用。

不安全性行为：3个县区的吸毒者在与固定性伴发生性行为时使用安全套的比例分别为55.2%（16/29）、31.3%（5/16）和16.7%（3/18）。而与临时性伴发生性行为时，有两个县区的吸毒者回答几乎不使用安全套，有一个县区的吸毒者有59.3%（16/27）的回答偶尔使用安全套。调查还发现，吸毒者使用安全套的主要原因是避孕，其次是防病；不使用安全套的原因主要是性伴固定、不舒服、没有意识要用、不知道怎样用。

（三）静脉注射吸毒人群高危行为干预措施

1. 美沙酮维持治疗（详见第十六章第一节）。

2. 清洁针具交换（详见第十六章第二节）。

3. 安全套的促进使用（详见第十六章第三节）。

4. 艾滋病咨询检测和医务人员主动提供艾滋病咨询检测。

为吸毒者提供艾滋病咨询检测和PITC可以使他们获得相应的公共卫生服务，得到预防和治疗。这种环境有利于吸毒者高危行为的改变，能够促进他们向自己的性伴、静脉注射使用毒品的同伴以及家庭成员暴露感染状况，从而采取有效的预防措施，减少艾滋病病毒在性伴、静脉注射使用毒品同伴及母婴之间的传播。对感染艾滋病病毒的吸毒者进行关怀和治疗等服务（包括将其纳入美沙酮维持治疗）。此外，开展艾滋病咨询检测和PITC有助于发现更多的吸毒感染者，为艾滋病流行监测提供一个工作平台，准确掌握艾滋病在该人群中的流行趋势，为制定相关的性病／艾滋病防治政策与策略提供科学依据。

担心自身可能已暴露者

“自己已经给家庭带来了那么多的伤害，如果家人知道自己感染了艾滋病，会遭到更大的精神打击”。“感染了艾滋病病毒后，不可能有人帮我，我只能破罐子破摔，与其那样，我不如不检测的好。”从而对艾滋病检测心存顾虑。为此，怎样鼓励静脉注射吸毒者寻求接受艾滋病咨询检测和PITC服务呢？

（1）把艾滋病咨询检测的动员穿插在其他干预活动中，是促进静脉注射吸毒者接受艾滋病咨询检测的有效方法。如借助于同伴教育、清洁针具交换、美沙酮维持治疗、戒毒所或社区等平台开展宣传活动，通过发放宣传资料以及组织培训、小组讨论、观看专题节目等活动形式，让更多的静脉注射吸毒者知道艾滋病咨询检测，让其在参加活动的过程中感到真正受益，才能建立起对艾滋病咨询检测的信任感，逐步开始关注和面对自己的问题，激发他们接受艾滋病咨询检测的动机。

（2）要向静脉注射吸毒者明确艾滋病咨询检测的关键不是获得检测结果，而是提供咨询服务。

（3）提供保密、方便、规范的咨询服务以及有效的转介和持续的后续关怀服务，均有助于让静脉注射吸毒者感受到这是一个能提供切实帮助的服务，继而才愿意寻求这样的服务。

5. 性病预防。

不论是男性吸毒者还是女性吸毒者，多性伴的现象普遍存在，且在性活动中安全套的使用率较低，在吸毒者中罹患性病的比例相当高。而且吸毒者普遍存在害怕被检查出患有性病的心理，他们大多有不正确的求医行为，如听朋友的介绍，到药店自己买药服用，或者是选择到私人诊所就诊，当病情加重了才去规范性的性病门诊寻求治疗。同时，在感染了性病以后，引起生殖器周围皮肤的炎症和损害会大大增加艾滋病病毒进入体内的机会。因而在他们中开展性病的预防和促进他们正确求医的行为，有助于预防和控制性病和艾滋病在该人群中的传播。

针对吸毒人群独特的社会地位，在开展吸毒人群的性病干预时，要更加侧重的是尽量为他们提供足够免费的或者是低价优质的安全套，以及促进他们正确的求医行为，如告知他们哪里有规范性性病服务，或者是将患性病的吸毒者转介到规范性的性



病门诊去进行诊治，并使他们的隐私能够得到保密，不受到歧视。

6. 外展服务。

针对静脉注射吸毒人群主要开展的外展服务有：（1）与吸毒者讨论与性病/艾滋病相关的危险行为。讨论应与吸毒人群的具体行为相联系，这样有助于让吸毒人群看到危险，并做出应对；（2）利用外展人员开展针具交换或者针具社会营销，回收吸毒者使用过的注射器并妥善安全地销毁这些注射器；（3）利用外展人员的人际网络，与社区中未参与美沙酮维持治疗的吸毒者保持接触，引荐和动员更多的静脉注射吸毒者加入治疗；（4）为吸毒人群提供咨询检测服务；（5）围绕减少危害与吸毒者进行讨论和交流，向吸毒者解释减少危害的渠道和方法，提供降低危害的器具或用品（如清洁针具、安全套、消毒剂、注射用水、棉签等），促进吸毒人群的行为改变。

外展人员要向吸毒者提供相关的核心教育信息

静脉注射毒品的危险，如可导致感染艾滋病病毒、甲肝、乙肝、梅毒；导致吸毒过量等；安全注射的方法；正确消毒和清洁注射器的方法；正确全程使用安全套的方法；转介服务信息，告诉他们哪儿可以获得美沙酮维持治疗、清洁针具、咨询检测、抗病毒治疗、性病诊治服务、母婴阻断等。

四　男男性行为人群行为干预

（一）男男性行为与艾滋病相关的行为特征

多种危险因素加剧了HIV在MSM人群中的流行形势。首先，高危性行为在MSM人群中普遍存在。从生理角度看，男男性行为者多采用肛交方式来满足生理欲求，肛交时生殖器与肛门直肠剧烈摩擦，由于直肠黏膜为单层柱状上皮，摩擦使黏膜充血、微小血管易破裂，精液中若带艾滋病病毒便极易随之侵人，导致HIV感染。该人群中有肛交行为的比例超过80%，50%以上MSM人群有多个性伴。由于没有怀孕的担心，男男性行为的过程往往不使用安全套和有射精的发生，安全套使用率较低。迫于社会和家庭的压力，相当一部分的MSM人群还有女性性伴或与女性结婚、生育子女，将女性置于危险之中。此外，MSM人群中性交易也较普遍，很多男性卖淫者既同男性也同女性发生性关系。综上所述，MSM人群是艾滋病侵害的主要人群之一，而且通过与其有性接触的女性，容易造成HIV更大范围的传播。

（二）针对男男性行为人群高危行为的干预措施

1. 志愿者队伍的建立。

在MSM人群中开展干预工作离不开志愿者的积极参与。他们是可以依靠的主体力量，是干预工作是否顺利、能否达到干预预期效果的关键因素。因此应充分发挥男男性行为人群志愿者的积极性，广泛动员他们参与艾滋病防治工作。对招募的志愿者提供递进

招募志愿者的方式

公开招募；志愿者推荐介绍；在培训、访谈、调查和外展活动中发现和动员新的志愿者；专家或机构的介绍与推荐；对同志场所经营者、活跃人士和小团体中的核心人士进行动员等。

的必要的培训，不断提高他们的工作能力和技巧。同时通过及时招募和培训新的志愿者，关心爱护志愿者，在工作上提供持续有效的支持，创造条件保持志愿者的热情等措施，以保持志愿者队伍的稳定。

2. 同伴教育。

通过开展同伴教育，促进MSM人群形成健康、理性的生活态度和风气，在人群水平上实现持久的行为转变。通过不断招募和培训同伴宣传员，利用同伴影响和示范带动促进安全性行为理念的普及和风气的形成。通过同伴教育扩大MSM宣传覆盖面，增强针对性，提高干预效果。发现、动员、培训更多适合做预防艾滋病宣传工作的MSM人群志愿者，保障MSM人群预防艾滋病工作长期可持续进行。

从MSM人群中挑选和招募同伴教育师资，师资需具备一定的条件：

△ 热心公益事业。

△ 有空闲时间参加相关活动。

△ 沟通交流能力强。

△ 有较强的组织能力和亲和力。

△ 为人诚实和正直。

同伴宣传员数量根据当地MSM人群规模确定，以保障有足够数量的同伴宣传员在目标人群中开展宣传，确保干预措施的覆盖面达到一定的目标。同伴宣传员培训合格后，可利用所学内容在MSM人群中开展同伴宣传活动。利用同伴影响力，采取同伴咨询、同伴传授、同伴教育等方法，同伴宣传员可在MSM人群中传授艾滋病知识和防病技巧，促进安全套使用、接受检测和艾滋病／性病相关服务的利用，促进对MSM人群艾滋病病毒感染者的关怀和支持，减少歧视等。

可通过定期组织同伴宣传员的聚会，了解他们在宣传中碰到的问题和困难，有针对性地给予鼓励和支持。建立长效机制，通过有计划、有组织地持续动员和招募，不断弥补流失。并采取有效的激励措施，定期开展同伴宣传员聚会和交流，保持同伴教育队伍的稳定。

疾病控制机构工作人员要尊重同伴教育志愿者的意见和建议，工作中要做到平等、相互尊重、多沟通交流、不勉强从事不愿做的工作。在师资和同伴宣传员培训活动中，疾病控制机构工作人员要全程参与并确保培训效果。

3. 外展服务。

支持志愿者小组／个人开展外展服务，提高固定场所MSM人群安全性行为意识和技能，促进MSM人群接受自愿咨询检测。定期到MSM人群相对固定的活动场所开展活动。

内容包括：动员MSM人群经常活动场所的经营者和业主，支持和配合志愿者在场所内开展宣传教育活动，如预防艾滋病文艺演出、知识竞赛、见面会等。支持志愿者定期到MSM人群经常活动的酒吧、茶室、浴室、会所、公园等场所开展外展服务，内容有现场小讲座、宣传和咨询等。动员和支持场所经营者在场所内固定位置摆放宣传材料、安全套和润滑剂、咨询检测联系卡、性病诊疗服务联系卡等，以供随时索取。动员志愿者对那些极少出入公开场所的MSM人群群体，如“家族式”群体、“伴侣



式”群体，采取适宜的方法进行宣传教育，使他们能得到和接受防治性病／艾滋病的相关服务。

4．电话咨询服务。

由于MSM人群的特殊性和隐蔽性，电话咨询服务是MSM干预中常用的措施之一，目的是为MSM人群提供便捷和即时的健康咨询服务以及心理、情感支持。通过建立咨询热线，从志愿者中选择热心参与社会公益活动、有一定交流能力的志愿者为热线咨询员，首先对志愿者进行培训，培训内容包括艾滋病／性病基本知识、检测目的、结果解释、咨询基本概念、热线咨询技巧、心理咨询技巧等。支持MSM人群志愿者通过电话热线开展热线咨询服务，宣传艾滋病预防知识，解答与艾滋病／性病相关的问题，为求询者提供心理疏导和情感支持。

5．利用互联网宣传。

根据MSM人群特性，互联网的宣传干预也是较为常见和有效的干预措施。通过增加宣传活动方式，扩大宣传覆盖面，提高宣传效果。利用相关网站开展宣传干预活动，动员本地区MSM人群网站，或帮助现有的MSM志愿者建立相关网站，支持、指导其丰富和完善网站内容，增加有关艾滋病／性病预防、治疗、政策、咨询检测等内容，宣传安全性行为，保护健康的意义和理念。利用QQ群等聊天工具开展宣传，支持志愿者在当地的QQ群中定期宣传艾滋病预防知识，以QQ群空间、公告栏等形式开展预防艾滋病知识，促进正确使用安全套，鼓励接受艾滋病咨询检测等活动。支持志愿者或预防艾滋病专业人员利用现有网站、信箱，及时解答网友提出的各种问题。定期或不定期组织专家、专业人员、志愿者，利用网站、QQ进行预防艾滋病在线交流。

6．自愿咨询检测。

通过自愿咨询检测，提高自愿检测人数和感染者发现人数。提高MSM人群预防艾滋病意识，增加防病知识和技能，了解自身健康状况，促进行为改变，及时为艾滋病病毒感染者提供相应的医疗和转介服务。

一般情况下，可采用以下两种形式开展检测咨询服务：（1）利用现有检测机构开展检测咨询服务。（2）咨询服务延伸到MSM人群活动场所。在条件适宜的MSM人群经常活动的场所，可设立长期的咨询检测点开展咨询服务。

咨询员在咨询的过程中除要进行艾滋病相关的咨询外，对这一人群也应多一些理解和包容，避免歧视，并给予积极的心理支持。对于阳性结果的告知应征得本人的同意后，再把情况告知其家属，咨询员在进行病人的关怀随访时，要确实做到感染者的信息保密，并且要注意方法和方式，以免无意中泄漏感染者的信息。

7．性病转介服务。

促进MSM人群接受便捷、优质、规范的性病诊疗服务，改善求医行为。可以根据当地具体情况选定部分服务规范、价格合理的性病门诊作为MSM人群性病诊疗服务的推荐门诊，或选择医术高、又乐于为他们提供服务的医生，对医生进行专门培训，培训内容包括MSM人群社会特征，常见性传播疾病临床表现、诊断和治疗等。鼓励工作人员对MSM人群的理解和交流，为患者提供友好型的诊疗服务。相关信息可印制成性病诊疗服务联系卡，通过在MSM人群活动场所摆放或志愿者发放等方式向MSM人群推

介门诊或医生。

8．MSM人群艾滋病病毒感染者／艾滋病病人的干预。

对于在MSM人群中发现的艾滋病病毒感染者，随访干预是重要工作之一，是预防继发二代传播的重要措施。应积极设法和他们建立持续的联系，提供持续的综合干预，包括安全套提供，定期CD_4^+T细胞检测服务，介绍国家艾滋病抗病毒治疗的政策、程序和内容，强调感染者应承担的责任和义务，宣传预防传播的意义，尽量动员其及时接受抗病毒治疗并提供治疗转介服务。其次通过动员和支持MSM人群志愿者小组或感染者小组为感染者提供心理和情感的支持。

五 流动人口行为干预

（一）流动人群与艾滋病相关的行为特征

联合国艾滋病规划署指出：有无流动本身并不是艾滋病的危险因素，而是人口流动或迁移期间所处的环境和可能具备的行为增加了艾滋病的易感性及与艾滋病有关的危险性。

> 流动人口指以谋求经济收入为目的，在没有改变原户籍的情况下，到户口所在地以外的地方从事务工、经商、社会服务等各种经济活动的人口，即所谓的“人户分离”，但不包括旅游、上学、访友、探亲、从军等情形。

由于流动人口大多处于性活跃年龄，变化的环境和心理可能导致其性观念和性行为的改变，出现一些对婚前和婚外性行为的过分宽容以及把性商品化的不良倾向，可能会不顾危险而发生他们在家时不会有的不安全性行为，男性流动人口发生不安全性行为倾向较明显。一些调查研究显示，流动人口中多性伴比例较高，部分女性流动人员从事性服务工作，艾滋病和性病的发病率较高。并且，流动人口自身的特点决定了这个群体中非法卖血、吸毒等高危行为较非流动人口多。

与农村非流动人口相比，农村流动人口的文化程度较高，接受信息较多，掌握一定艾滋病／性病预防知识，但由于大众传媒的有关信息一般难以有效地传递给他们，他们的有些认识是片面和错误的，且缺少自我保护和防病的意识。

此外，流动人口的数量和流动范围的日益扩大不仅加剧了HIV传播的速度，同时增加了AIDS监测和控制的难度。作为没有注册、没有档案的公民，他们只能半地下状态地生存在政府官员控制不到的地方。由于劳动技能低，甚至没有一技之长，流动人口通常从事低收入和非法工作，或处于“流动失业”的状态，使他们往往游离于社会之外，社会支持网络少，医疗保障不完善且经济条件差。他们一旦感染HIV将很难得到及时的诊断、治疗和监测，如果因故被迫返回故乡或者转移他乡，容易导致疾病的扩散和蔓延。

处于性活跃年龄，长期与家人、妻子分离的男性流动人口常常是嫖娼的主要群体之一，郑斯庆等在北京和上海进行的对流动人口的相关调查中，调查对象有多性伴侣的高达47%，而且男性的发生率远高于女性。在存在诸多危险行为的同时，流动人口安全套使用率较低，江苏省疾控中心对建筑工地、娱乐等4个行业的流动人

口共1001名外来务工人员调查发现，流动人口使用安全套的比例仅为24.5%。一项对江苏省某市5892名返乡建筑工人的体检报告，性病检出率为4.34%，暂住人口的性病检出率为6.41%，而本市同年度性病发病率为28.8/10万。云南某县艾滋病病毒感染者中，外出打工返乡者占71%。

> 流动人口分为高危和一般两类人群。高危人群包括夜总会、歌厅、酒吧、路边店、发廊、美容、按摩中心等场所的服务小姐和流动的吸毒人员。许多地方的FSW通常是来自外地的流动人口，其流动性非常明显，大多数FSW在一个地方一般停留3～5个月，很少有超过12个月的。一般人群包括建筑工人、宾馆服务人员和工厂流动打工者等。

流动人口已成为我国HIV感染和传播的高危人群。随着农村剩余劳动力在全国范围内日益频繁地流动，该人群对艾滋病和性病的认知程度和国家对该人群所采取的相关措施从某种程度上将成为我国是否能够打赢艾滋病和性病攻坚战的关键所在。

因为针对高危流动人口（如女性性工作者、吸毒者）的干预措施将在相应章节中详述，本章节仅阐述针对一般常住农村流动人口（外出务工人员）的干预工作。

（二）针对流动人口高危行为的干预措施

针对农村流动人口的特点，明确重点干预对象，在其流动循环的多个“节点”开展综合性预防艾滋病和性病的干预工作。流动人口的艾滋病／性病干预应从以下几个方面开展：

1. 成立干预组织。

开展流动人口预防艾滋病／性病干预工作，需要加强现有公安、劳动、计生、卫生、工商、城建、教育和宣传等部门的流动人口管理体系，如公安部门对暂住人口的治安管理、劳动部门对外来劳动力的培训用工管理、计划生育部门对流动人口的生育管理、卫生部门对流动人口的预防与疾病管理，还应发挥工会、妇联、产业协会、性病／艾滋病防治协会等群团组织的作用。卫生部门应制订具体卫生实施方案，指导各地开展流动人口艾滋病健康教育工作，逐步将常住流动人口艾滋病健康教育纳入常规管理，促进流动人口艾滋病健康教育工作的开展。

要做好流动人口预防艾滋病／性病干预工作，政府领导和部门协作是关键。在现有的艾滋病防治领导小组的领导、组织、协调、监督下，各相关部门需要积极协调，相互支持，深入到农村流动人口的流出地、流入地及流动过程中的“节点”进行相关调查研究和干预工作。

2. 摸清本地区流动人口的基本形势。

除了解当地艾滋病／性病的流行特征及危险因素外，还需了解当地流动人口的规模、类型、特点、聚集地等信息。综合考虑现有资源、艾滋病／性病的严重程度、干预的有效性等因素，确定干预工作的重点对象、干预内容及具体安排。

3. 常规宣传教育。

常规宣传教育指大多数地区有能力开展的，以传播知识为主的，覆盖范围较广的多种宣传教育活动的总称。

4. 外展流动宣传活动。

流动宣传通常在流动人口工作地点（如建筑工地）展开，通过宣传手册、宣传展板和音像材料等向流动人口宣传相关知识。流动宣传也可以在客运车站、铁路列车、流动人口劳务市场和农贸市场展开。流动宣传的特点是可以随时、随地对流动人口开展教育。流动宣传车在流动宣传中发挥着重要的作用。在汽车上发放宣传品，播放录像和录音，开展面对面咨询，既保证人际交流的隐蔽性和有效性，又因汽车和流动人口的流动性而促进信息在流动人口中扩散。

5. 同伴教育。

流动人口由于其流动性，若通过正规和长期的培训对他们进行预防艾滋病／性病干预，在培训时间、内容、次数等方面存在种种问题。另外，正规和长期的培训费时费力，覆盖范围也仅限于接受培训的流动人口。农村流动人口通常与同乡结伴外出务工，或者在流入地按同一户籍聚集在一起工作和生活，因此，吃、住、玩、找工作，经常在一起。培训流动人口中的同伴教育者后，他们会随自己的群体移动而移动，所进行的教育不再是间断的，而是连续的，有时还会有“雪球效应”。

在流出地开展同伴教育，可请曾经流动返回的人来培训将要流出人群，培训内容除了预防艾滋病／性病的基础知识外，还可包括将要流动人群关心的问题，如怎样找工作、怎样保护自己、如何解决实际问题等。在流入地开展同伴教育，可寻找流动人口中的“领袖”，将他们培训成同伴教育者，因为离家在外孤独的人们特别易于遵从同伴的压力。利用“领袖”的力量，在流动人口中开展艾滋病的同伴教育，往往会起到事半功倍的效果。

为同伴教育者提供强有力的支持是开展同伴教育工作的保证，这些支持除了对他们进行技术培训和指导外，还应包括提供实用、能长久保存和受流动人口喜爱的宣传材料。为流动人口所处的环境营造一个宣传的氛围也十分重要，可以更好地促进同伴教育者在同伴中的信任度，有利于同伴教育工作的开展。

6. 发放免费安全套或低价销售安全套。

可以结合各种宣传教育活动开展安全套推广工作。如在宣传安全套作用及正确使用步骤的同时，向流动人口发放免费的安全套。在某些场合，如“世界艾滋病日”，可以对流动人口增加免费安全套的发放量。

如果条件具备，计划生育部门可对已婚流动人口发放免费安全套，并将其纳入对流动人口的常规管理工作。在流动人口聚集的场所周围可摆放安全套自动售货机，向流动人口（特别是年轻未婚流动人口）销售低价安全套。此外，还可尝试安全套社会营销的策略，在安全套销售主渠道的基础上，充分利用现有的商业网点，扩大安全套的销售。如可通过同伴教育者向流动人口销售优质低价安全套，也可通过流动人口较集中的场所（如建筑工地、工厂、劳务市场等）的管理人员销售安全套，或者向流动人口提供到何处购买的信息。

7. 咨询。

咨询工作可以在固定的宣传咨询室和咨询窗口开展，也可以随宣传车和流动宣传咨询点开展。有条件的地区，可在疾病预防控制部门开设艾滋病／性病咨询热线，并



在其他宣传活动中把热线号码告知流动人口，使流动人口在有疑问或想寻求帮助时，可以通过电话咨询满足其需求。

8. 针对与流动人口相关人群的健康教育。

流动人口相关人群包括流动人口在农村老家的家人、流动人口打工单位的管理人员等。对这些人群开展预防艾滋病/性病健康教育，有助于向流动人口传递知识，使其树立良好的态度，约束其危险行为。在流动人口流出前或在外务工期间，对他们在农村老家的家人进行健康教育，有利于通过家庭的影响，使他们对预防艾滋病/性病采取积极的态度。

对流动人口打工单位的管理人员进行健康教育，若流动人口直接的雇佣者和管理者（老板、包工头等）能鼓励他们接受艾滋病/性病知识，采用正确的自我保护措施，并经常为流动人口提供心理、信息或其他社会支持，则可以有效地降低流动人口介入高危人群的可能性，促进干预效果的提高。

参考文献：

1. 国务院防治艾滋病工作委员会办公室、联合国艾滋病中国专题组.中国艾滋病防治联合评估报告.2007；2008；2009；2010；2011

2. 潘绥铭.存在与荒谬——中国地下性产业考察.北京：群言出版社，1999

3. 云南省三年防治艾滋病人民战争评估报告（2005~2007年）

4. 中国疾病预防控制中心.娱乐场所服务小姐预防艾滋病/性病干预工作指南.2004

5. 吴尊友、张家鹏、王云生等.云南省服务小姐预防性病/艾滋病干预试点研究.中国性病/艾滋病防治，1998（增刊）：23

6. 云南省第四轮全球基金/中英艾滋病项目.行为改变交流培训教材，2008

7. 张孔来主编.艾滋病防治工具书：CSW人群干预.北京：人民卫生出版社，2005

8. 王陇德.艾滋病防治工作手册. 北京：北京出版社，2005

9. 郝阳主编.防治艾滋作示范全国艾滋病综合防治示范区经验案例选. 北京：人民卫生出版社，2009

10. 沈洁等主编.艾滋病自愿咨询检测实用手册.2006

11. 张北川.她们在黑暗中.北京：中国社会科学院出版社，2001

11 林鹏、杨放等.广东省静脉吸毒人群行为的定性研究.华南预防医学，2006.32（1）：23~26；30

12. 段勇主编. 行为改变交流培训教材.昆明：云南出版集团公司、云南科技出版社，2008

13. 中国疾病预防控制中心性病/艾滋病预防控制中心.男男性行为人群艾滋病高危行为干预工作指南（试用本）.2007.9

14. 艾滋病防治工具书MSM人群干预.中国疾病预防控制中心中英性病防治合作项目，2005.11

15. 中国疾病预防控制中心性病/艾滋病预防控制中心.中国男男性行为人群艾滋

病防治方案.2007.10

16. 徐缓.中国流动人口的艾滋病预防和控制. 中国艾滋病性病防治, 2001. 7（6）: 376 ~ 378

17. 钟瑮、张继昌、包静梅.同伴教育在流动人口艾滋病干预中的运用. 预防医学情报杂志, 2004. 20（4）: 421 ~ 422

18. 叶旭军、施卫星、李鲁.城市农民工对性病／艾滋病的认知状况及影响因素. 中华预防医学杂志, 2004. 38（5）: 316 ~ 320

19. 徐缓、贾中华、郭际东等.农村流动人口艾滋病防治知识调查研究. 中国公共卫生, 2003. 19（6）: 749 ~ 751

20. 刘兆炜、马骁、熊婉梅等.农村流动人口与HIV/AIDS传播的关系. 预防医学情报杂志, 2002. 18（3）: 216 ~ 218

21. 刘琪、傅小鲁、贾勇等.在成都市建筑工地流动人口中开展性病／艾滋病流动宣传模式探讨. 中国卫生事业管理, 2003（6）: 364 ~ 367

22. 林丹华、方晓义等, 中国流动人口艾滋病问题及预防干预. 中国艾滋病性病, 2005. 11（2）: 158 ~ 160

23. 高珺、黄鸿基.对铁路流动人口艾滋病宣传方式的调查. 铁道劳动安全卫生与环保, 2002. 29（2）: 91 ~ 92

24. 储钢、高广寒.铁路车站建立健康教育室对流动人口艾滋病健康教育方法的探讨. 预防医学情报杂志, 2003. 19（1）: 35 ~ 36

25. 李慧.在流动人口中开展艾滋病防治工作的重要性与策略. 中国健康教育, 2004. 20（4）: 341 ~ 343

26. 吕柯.开展农民工艾滋病防治工作的策略思考. 学习论坛, 2005. 21（6）: 70 ~ 71

27. 王玥、李彦昌.流动人口的艾滋病防治政策与建议. 中国性科学, 2004. 13（3）: 30 ~ 32

思考题：

1. 简述行为改变交流的理论。

2. 如何在女性性工作者中开展外展服务和提供性健康服务？

3. 案例分析：

小G是一位在校大学生，他从来没有过性行为，但他决定周末和朋友一起去一家MSM会所玩。他很兴奋，同时也很紧张，对于艾滋病的知识他已经有很多了解，知道通过无保护的性行为可能会使自己感染上艾滋病。但是他从来没使用过安全套，也不会使用。

（1）你会把小G定位在行为改变的哪一个阶段？

（2）举例说明什么样的信息适合他所处的阶段。

（闵向东　罗健　李佑芳　潘颂峰　张琬悦　王珏）

第六章　艾滋病监测

本章主要介绍艾滋病的疫情报告（被动监测）、哨点监测（主动监测）和专题流行病学调查的概念、目的、方法和优缺点。

中国艾滋病监测工作是一个逐渐发展和完善的过程，主要经历了四个阶段。第一阶段（1984~1994年）为被动监测阶段。艾滋病监测工作主要是以艾滋病疫情报告为主的被动监测，少数省份（如云南省）开展了哨点监测。第二阶段（1995~1998年）为主动监测和被动监测并存阶段。在疫情报告的被动监测基础上，全国范围内建立和发展了艾滋病血清学哨点监测系统，对吸毒人群、暗娼和性病就诊者等人群开展了主动监测。第三阶段（1999~2007年）为主动监测、被动监测和行为监测并存阶段。在被动监测（疫情报告）和主动监测（血清学哨点监测）的基础上，开展了针对艾滋病高危人群和一般人群的行为学监测，及时掌握人群危险行为发生的状况和变化趋势，对即将出现的流行进行早期预警，并为防治效果评估提供依据。第四阶段（2008年至今）为综合监测阶段。在第三阶段的基础上，将血清学哨点监测与行为学监测点进行整合，建立同时收集行为学信息和感染率数据的综合监测哨点。

第一节　艾滋病疫情报告

艾滋病是《中华人民共和国传染病防治法》中规定的乙类传染病，是法定报告传染病之一。2005年以前，艾滋病的疫情报告是由各级疾病预防控制机构通过艾滋病专报系统和全国法定传染病疫情报告系统，上报发现的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的相关信息。2005年3月后，疫情报告方式和内容有了较大调整，采取实名制网络直报方式进行报告，由开展艾滋病检测的单位通过《中国艾滋病综合防治数据信息系统》直接网络报告，极大地提高了报告的及时性，新的报告系统增加了感染者／病人的个案流调和随访信息，并与抗病毒治疗、美沙酮维持治疗等数据库直接衔接。

一 疫情报告定义

艾滋病疫情报告是指发现艾滋病病毒感染者／病人的医疗卫生机构，按统一报告格式收集感染者／病人的相关信息，并在规定时限内，按统一的报告方式上报艾滋病病毒感染者／病人信息的过程。

二 疫情报告目的

1．了解艾滋病病毒感染者／艾滋病病人的地区分布、时间分布和人群分布及特点，从而掌握艾滋病的流行状况。

2．评估不同地区艾滋病的疾病负担，为资源合理分配提供依据。

三 责任报告单位和报告人

艾滋病疫情的责任报告单位包括各级各类医疗机构、疾病预防控制机构、采供血机构等，上述单位所有执行职务的医护人员、医学检验人员、疾病预防控制人员、社区卫生服务人员、乡村医生、个体开业医生均为艾滋病疫情责任报告人。

责任报告单位的职责为：建立健全艾滋病疫情登记报告制度，按规定履行疫情报告职责；对本单位有关医务人员进行艾滋病疫情信息报告相关知识培训；接受疾病预防控制机构的技术指导，协助疾病预防控制机构开展艾滋病疫情调查。

四 报告病例种类及标准

1．艾滋病病毒感染者：根据《全国艾滋病检测技术规范》标准诊断为艾滋病病毒感染者的人员，即：符合HIV抗体确认试验阳性判断标准者，或符合HIV感染自愿咨询检测替代策略阳性判断标准者。

2．艾滋病病人：根据《中华人民共和国卫生行业标准——艾滋病和艾滋病感染诊断标准，2008》进行诊断，其中艾滋病病毒抗体阳性的判定标准可为《全国艾滋病检测技术规范》中的替代策略检测阳性者。

五 疫情报告内容

发现符合报告标准的感染者或病人时，由责任报告人分别填写《中华人民共和国传染病报告卡》（简称《报告卡》）和《传染病报告卡艾滋病／性病附卡》（简称《附卡》）进行报告；感染者或病人现住址所在地的县（市、区）疾病预防控制机构人员在网络直报10个工作日内组织完成《个案随访表》的填写和报告；开展HIV检测工作的实验室每月填写《艾滋病病毒抗体检测数及阳性人数统计报表》（简称《检测报表》），并进行报告。《报告卡》、《附卡》、《个案随访表》和〈检测报表》的填写须使用钢笔或中性笔填写，项目完整、准确，字迹清楚，并由填卡医生签名。

1.《中华人民共和国传染病报告卡》。

主要内容包括：患者姓名、性别、身份证号码、出生日期、职业、现住址、病例分类、发病日期、诊断日期、疾病种类、报告单位、报告人和填卡日期等。

2.《传染病报告卡艾滋病/性病附卡》。

主要内容包括：民族、婚姻状况、文化程度、户籍地址、疾病名称、接触史（注射毒品史、非婚异性性接触史、配偶/固定性伴阳性、男男性行为史、献血浆史、输血/血制品史、母亲阳性、职业暴露史、手术史等）、性病史、最可能的感染途径、检测样本来源、实验室检测结论、艾滋病确诊日期等。

3.《个案随访表》。

主要内容包括：随访状态、联系电话、现住址、检测信息、是否死亡（死亡时疾病阶段、死亡原因）、临床表现、病程阶段、当前配偶/固定性伴感染状况、过去3个月安全行行为/安全注射行为情况、过去6个月获得的关怀和支持服务、是否接受结核病筛查、是否接受抗病毒治疗、受否接受美沙酮治疗、是否参加针具交换、是否获得CD_4检测、随访单位和随访人员。

4.《艾滋病病毒抗体检测数及阳性人数统计报表》。

主要内容包括：检测样本来源分类、检测人数、艾滋病病毒感染人数、艾滋病病人数等。

六　疫情报告方式和时限

具备网络直报条件的责任报告单位，于24小时内由负责疫情网络报告的科室负责收集《传染病报告卡》及《附卡》，并须对报告内容进行错项、漏项、逻辑错误等检查，对有疑问的疫情信息必须及时向填报人核实。核对无误后，登录《艾滋病综合防治数据信息管理系统》，输入《传染病报告卡》及《附卡》的相关内容。

不具备网络直报条件的责任报告单位24小时内将《传染病报告卡》及《附卡》上报所属辖区的疾病预防控制机构，县级疾病预防控制机构收到不具备网络直报条件责任报告单位报送的《传染病报告卡》后，2小时内通过网络进行代报。

在网络直报后10个工作日内，由县级疾病预防控制机构组织对辖区内的感染者/病人进行个案流行病学调查，补充或核准《传染病报告卡》和《附卡》中信息，填写《个案随访表》，通过网络及时进行直报。

每月10日前，由网络直报人员登录《艾滋病综合防治数据信息管理系统》的“HIV/AIDS病例报告模块”，上报上月《艾滋病病毒抗体检测数及阳性人数统计报表》。

七　报告数据统计和分析

各地艾滋病疫情月、季、年的报告分析以《艾滋病综合防治数据信息管理系统》的统计数据为准。根据国家属地化管理原则，不同属地病例均以县（区）为单位按照现住址进行统计。

各级疾病预防控制机构每年对艾滋病报告疫情进行全面分析，重点分析流行病学特征，及时向上级疾病预防控制机构和同级卫生行政部门报告艾滋病疫情分析，对发现的异常疫情及时调查核实，做出专题报告，及时上报同级卫生行政部门和上一级疾病预防控制机构，并反馈到辖区内医疗卫生机构，必要时通报周边地区疾病预防控制机构。

八 疫情资料的保存

责任报告单位需对所管理的《传染病报告卡》、《附卡》、《个案随访表》、《检测报表》至少保存3年。不具备网络直报条件的报告单位，其《传染病报告卡》由收卡单位保存，原报告单位必须进行登记备案。

九 疾病预防控制机构在疫情报告中的职责

负责辖区内艾滋病疫情信息报告管理和技术指导工作；对本辖区的艾滋病疫情网络直报信息的动态追踪、核实（包括审核、订正、查重、查漏）、分析、报告和反馈；对本辖区的艾滋病疫情信息报告系统进行维护，备份相关数据，确保报告数据安全；对本辖区艾滋病疫情网络直报有关人员进行培训和技术指导；对本辖区的艾滋病疫情信息报告工作进行督导、检查和质量评估；为暂无条件实行网络直报的责任报告单位代为进行艾滋病疫情网络直报；组织对本辖区内报告的感染者／病人进行个案流行病学调查和报告。

十 疫情报告的优缺点

疫情报告属艾滋病的被动监测方法，该方法可获得各地检测发现的艾滋病病毒感染者／病人的时间分布、地区分布、人群分布和感染途径等数据，为了解疫情态势和评估疾病负担提供依据。该监测方法与医疗卫生机构的日常工作相结合，不需进行人群抽样调查，易于操作，花费较少，且覆盖地域范围广，是目前各国广泛采用的一种监测方法。

疫情报告所获得的数据在很大程度上受检测服务可及性、检测力度和检测对象的影响，不能完全和及时地反映实际流行情况，且该监测方法不能获得人群的感染率数据，在及时发现和全面掌握艾滋病流行发生、发展和变化趋势等方面有较大的局限性。

第二节 艾滋病哨点监测

一 哨点监测定义

哨点监测是指在固定地点、固定时间连续监测特定人群中艾滋病病毒（HIV）感染状况、行为特征及相关信息，为分析当地艾滋病流行趋势、评价艾滋病预防控制效果、防治规划制订和资源分配提供科学依据。

二 哨点监测目的

1. 了解不同地区特定人群艾滋病流行状况和流行因素。

2. 分析不同地区特定人群艾滋病流行趋势，为艾滋病疫情的估计和预测提供信息。

3. 为制定艾滋病防治策略、资源分配及效果评价提供依据。

三　哨点监测人群

1. 高危人群：暗娼、吸毒者、男男性行为者、性病门诊男性就诊者、嫖客。

2. 重点人群：男性长途汽车司乘人员、流动人群、其他人群（出入境人群、吸毒者配偶、HIV感染者配偶、结核病病人、医院就诊人群）。

3. 一般人群：孕产妇、婚前体检人群、青年学生等。

四　哨点设置原则

监测哨点按行政区域以县（市、区）为单位进行设置，哨点的设置要根据当地艾滋病的流行强度、相关因素、流行状况和防治工作需要，在艾滋病高危人群、重点人群、一般人群中选择建立。根据现有资料，当任一高危人群的艾滋病抗体检出率高于5%时，应考虑设立一般人群监测哨点。疫情不清楚的地区应考虑设立高危人群和重点人群监测哨点。

在未设立哨点的地区和人群，可通过在特定地区，针对特定人群开展专题流行病学调查，以对哨点监测系统进行补充。

五　监测内容

1. 一般人口学信息：包括年龄、性别、婚姻、户籍、民族、文化程度等。

2. 血清学信息：包括艾滋病病毒抗体检测、梅毒抗体检测和丙肝抗体检测情况。

3. 行为学信息：包括性行为、吸毒行为等高危行为信息。

4. 艾滋病防治有关信息：包括艾滋病防治知识知晓率、接受检测和行为干预服务的情况等。

六　监测方法

1. 监测时间：监测周期为每年一次。每次在固定的时限（一般为2~3个月）内完成。

2. 样本量：根据人群HIV感染率的高低和调查所需精确度等因素，确定各类人群所需样本量，青年学生监测哨点样本量800人，其他各类监测人群每个监测哨点样本量400人。若当地某类高危人群感染率高于10%，该类人群监测哨点样本量可以减少到250人。

3. 抽样方法：

（1）场所概率抽样：首先绘制监测地区的高危人群活动场所分布图，获得高危人群活动场所名单和每个场所高危人群的数量，根据所需要的样本量从这些场所中抽取全部或者部分作为监测场所，到被抽中的场所中随机抽取一定数量的高危人群进行调查。该方法主要适用于到场所活动的人群，如：暗娼人群、建筑工地流动人口等。

（2）社区“滚雪球”抽样：调查员到社区找到关键知情人或监测部门认识的高危人群，由其介绍所认识的同伴高危人群接受调查；继而要求每位接受调查的高危人群

介绍一定数量的所认识的高危人群接受调查。以此类推下去，样本就像滚雪球一样越来越大，直到达到所需样本量。该方法主要适合没有固定活动场所和较为隐蔽的高危人群，如：社区注射吸毒者、男男性行为人群等。

（3）固定场所连续抽样：每年在固定时间段，对进入某一机构或门诊（戒毒所、收教所、性病门诊、医院妇产科、体检站）的监测对象按时间先后顺序连续调查，直到达到需要的样本量。该方法由于方便和花费较少，在实际工作中运用较为广泛，可用于对注射吸毒者、暗娼、嫖客、性病门诊就诊者、结核病患者、孕产妇、男性长途汽车司乘人员、婚前体检者等人群的监测，但应注意进入该机构或门诊的调查对象的偏性和代表性问题。

七 哨点监测的优缺点

哨点监测属艾滋病的主动监测方法，该监测方法可获得不同地区、不同人群中艾滋病相关危险行为发生的比例、艾滋病病毒感染率及其变化发展的数据，是发现疫情，掌握流行现状和趋势的主要方法。因需要对相关人群进行抽样调查，加之高危人群的隐蔽性和流动性大，存在现场操作复杂、花费较大、覆盖地区范围有限等缺点。

第三节 艾滋病专题流行病学调查

一 定义

根据艾滋病预防控制工作需要，对流行情况不明或某类突发事件，在特定地区，针对特定人群的艾滋病病毒（HIV）感染状况、行为特征及相关信息进行的专题调查，以及时获取相关信息，为掌握疫情和制订防治策略提供依据。该调查方法可作为艾滋病哨点监测的补充。

二 目的

获得特定地区和特定人群某一时段内艾滋病的感染状况、行为特征和相关信息，以便及时掌握艾滋病流行状况，为防治规划制订和防治效果评估提供依据。

三 调查对象

各地可根据当地实际，选择特定人群开展专题血清流行病学调查，这些人群包括：男男性行为者、既往有偿献血人员、艾滋病病毒感染者／艾滋病病人的配偶及子女、嫖客、青年学生、注射吸毒人群、暗娼、男性流动人群、孕产妇、结核病病人、医院就诊者等。

四 样本量及抽样方法

1．样本量：原则上各类人群样本量不少于200人，可根据该人群估计的血清流行



率调整样本量的大小，流行率较高的人群样本量可适当减少，流行率较低的人群样本量应适当增加。

2. 抽样方法：采取以县（市、区）为单位，短时间（1~2个月）针对特定人群连续抽样。

五 调查内容

1. 一般人口学信息：包括年龄、性别、婚姻、户籍、民族、文化程度等。

2. 血清学信息：包括艾滋病病毒抗体检测和梅毒抗体检测情况。

3. 行为学信息：包括性行为、吸毒行为等高危行为信息。

4. 艾滋病防治有关信息：包括艾滋病防治知识知晓率、接受检测和行为干预服务的情况等。

六 调查的优缺点

专题流行病学调查主要针对哨点未覆盖的地区和人群开展调查，是艾滋病哨点监测的有效补充，该方法可获得特定地区特定人群的艾滋病感染率和危险行为比例数据，具有灵活性强的优点，与哨点监测类似，也具有现场操作复杂、花费较大、覆盖地区范围有限的缺点。

参考文献：

1. Family Health International(FHI).Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk of HIV.2000

2. UNAIDS. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance.2000

3. UNAIDS. Initiating Second Generation HIV Surveillance System: Practical guidelines.2002

4. UNAIDS.WHO recommended surveillance standards.2001

5. 程何荷等.云南省艾滋病病毒感染者／艾滋病病人监测策略的发展.中国性病艾滋病防治.1999(3)：140~141

6. 陆林、贾曼红等.1989~2005年云南省艾滋病流行分析. 中国艾滋病性病.2006.12(6):517~519

7. 贾曼红、张强、陆继云等. 云南省18 ~ 49岁男性居民／村民艾滋病危险行为调查分析.疾病预防控制.2007(2)：124~126

8. 贾曼红、陆林、张强等.云南省首轮男性流动人群艾滋病行为监测结果分析.中国艾滋病性病.2007(1)：26~28

9. 贾曼红、张强、陆继云等.云南省青年学生艾滋病防治知识知晓率调查分析.中国自然医学杂志.2007(2)：81~82

10. 罗红兵、贾曼红、张小波等.云南省首轮暗娼艾滋病行为监测结果分析.中国艾滋病性病.2005.9(11).189~192

11. 王陇德主编.中国艾滋病流行与控制.北京出版社.2006年版

12. 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心编.HIVAIDS病例报告网络直报工作指南.技术手册.2008年

13. 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心编.全国2009年哨点监测操作手册.技术手册. 2009年

14. 云南省疾病预防控制中心性病艾滋病防制中心编.云南省2009年艾滋病哨点监测操作手册.技术手册.2009年

思考题:

1.艾滋病疫情报告中责任报告单位包括哪些机构?责任报告单位的职责是什么?

2.艾滋病疫情报告的病例种类及标准是什么?

3.艾滋病疫情报告方法的优缺点是什么?

4.艾滋病哨点监测的定义是什么?

5.艾滋病哨点监测的对象和内容是什么?

6.艾滋病哨点监测的优缺点是什么?

7.艾滋病专题调查的作用是什么?

（贾曼红）



第七章　艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的综合服务与关怀

本章主要介绍对艾滋病病毒感染者／艾滋病病人提供关怀和支持综合服务的目的和工作原则。在综合服务中，强调告知、随访服务及对高危人群的干预。根据艾滋病病毒感染者和艾滋病病人临床症状和体征，主要从临床、心理、家庭和临终关怀等几方面，简述提供艾滋病护理与社区支持的关怀服务。

一　目的

感染者／病人综合管理是落实国家“四免一关怀”政策的基础，也是针对传染源管理的重要措施，其主要目的是使更多感染者／病人及时知晓自己的感染状况，得到必要的治疗和关怀服务，提高生存质量，延长生命，通过行为改变，减少艾滋病的二代传播。

二　原则

感染者／病人的综合管理应遵循政府主导、多部门参与、属地化管理、全程管理和责任到人的工作原则开展工作。管理过程中应充分考虑感染者／病人的需求，尊重和不歧视感染者／病人。在提供医疗救治和关怀服务的同时，帮助其采取安全性行为和安全注射行为，减少重复感染和二代传播。

三　措施

（一）营造支持性社会环境

社会歧视是影响感染者／病人综合管理的重要因素，各地可根据当地实际开展形式多样的宣传和倡导活动。具体可包括以下几个方面：

1. 领导开发和倡导。

可采取举办专题培训班、召开多部门协调例会和组织现场考察等方式进行倡导；也可以与日常工作相结合，在相关的会议和培训中纳入感染者告知随访相关政策和重要性的内容；或利用一些关键时机（如年初工作年会和年底的考核、督导等）对相关领导进行倡导，或通过提交工作建议和工作计划等方式进行倡导。倡导中应注意分析当地的资源条件，提出相应的解决问题的办法。通过各种倡导活动，

提高各级领导对艾滋病病毒感染者/艾滋病病人综合管理工作重要性的认识，获得必要的政策、资金和人力等方面的支持。

2. 社区宣教。

结合日常艾滋病防治全民宣传教育工作，将反歧视的内容纳入宣传教育的内容中，加强对治疗、关怀救助等服务信息的宣传，全面、准确地向社区人群传递艾滋病的相关知识。同时可采用公众人物和感染者“现身说法”等方式，减少社区居民对艾滋病的恐惧和对感染者/病人的歧视。采用家属联谊会和家属个别咨询等方式，减少家庭成员对感染者的歧视。加强对医疗卫生人员的培训和职业道德教育，减少医疗卫生人员在医疗服务中对感染者的歧视。

（二）建立工作网络

工作网络的建立是感染者/病人综合管理工作得以落实的关键。在当地防治艾滋病工作委员会办公室的领导下，建立以县（市、区）疾控中心为纽带，各医疗卫生保健、公安、司法、出入境检验检疫等发现告知单位以及疾控中心、社区卫生服务中心/乡镇卫生院、美沙酮门诊、抗病毒治疗点等随访单位组成的工作网络，明确各单位的具体责任人、工作职责和要求，分解随访工作任务，建立沟通协调机制，定期交流工作进展，解决工作中存在的问题。

县（市、区）疾控中心可编印和分发工作网络成员单位的联系信息，主要包括各单位相关工作职责、联系人、电话、传真、电子邮箱等，以便于各单位间的相互联系和沟通。

（三）工作队伍建设

1. 告知和随访责任人的确定。

在建立感染者/病人综合管理工作网络的基础上，各医疗卫生保健、公安、司法、出入境检验检疫等发现报告单位以及疾控中心、社区卫生服务中心/乡镇卫生院、美沙酮门诊、抗病毒治疗点等随访单位按要求确定告知责任人和随访责任人。由县（市、区）疾控机构与随访责任人签署随访责任书。随访责任人的工作职责包括：按要求开展感染者/病人的定期随访干预和转介工作；填写个案随访表，并进行网络直报；对每个感染者/病人建立档案，对相关工作进行记录和管理。

2. 告知责任人和随访责任人的培训。

由省级疾控机构组织对州（市）疾控机构负责感染者/病人随访工作的专业人员进行培训。州（市）疾控中心负责组织对县级疾控中心专业人员的培训。县（市、区）疾控中心负责组织对辖区内相关告知责任人和随访责任人的培训。

告知责任人的培训内容包括：艾滋病相关知识、政策法规、告知工作要求、咨询员的态度和技巧、沟通交流技巧、检测后咨询的内容和要求、当地转介服务平台信息等。

随访责任人培训内容包括：艾滋病相关知识、政策法规、随访的目的和意义、随访工作要求、咨询和沟通交流技能、当地转介服务平台信息以及随访工作中应注意的问题等。



（四）感染者／病人的随访关怀

1. 结果告知和咨询。

各医疗卫生机构为艾滋病病毒感染者/病人的发现单位，发现单位负责指定告知责任人对受检人提供检测后结果告知和咨询服务。对于初筛阴性者要进行阴性结果的告知和咨询，使受检人知晓阴性结果的意义和有关注意事项，减少今后危险行为的发生，预防感染艾滋病病毒。对于初筛阳性者，由发现单位的责任告知人负责提供初筛阳性告知和咨询服务，告知受检人获得确诊结果的时间、地点和方式，并负责核实受检人的基本信息和联系方式。发现单位在收到确诊结果后，由发现单位责任告知人及时将确诊结果告知受检人，并与属地疾控机构人员联系，安排其后续转介和随访服务。

告知工作的原则：结果告知应遵循保密原则，告知责任人不能将受检者的个人信息向无关人员泄露。在进行确诊阳性结果告知时应和受检者讨论有关随访服务的内容和方式，使受检人理解和接受后续随访服务，并与其共同商定随访责任单位和责任人。

监管场所负责对场所内新报告发现的感染者／病人进行结果告知。对于出所的感染者/病人，监管场所向受检者提供检测报告单原件，并负责与辖区内的县（市、区）疾控机构和受检人现住址所在地的县（市、区）疾控机构通报出所信息和转介。

2. 随访 。

感染者／病人的随访按现住址实行属地化管理，县（市、区）疾控机构在征得感染者／病人同意的条件下，为其确定随访单位和随访责任人，由随访责任人负责感染者／病人的后续随访工作，感染者/病人每3个月随访1次，每年随访4次。随访内容包括咨询、定期的CD_4细胞检测、配偶告知和检测、安全性行为和安全注射行为咨询、机会性感染的预防、心理支持、自我管理技能的培养以及转介服务（包括抗病毒治疗、母婴阻断、结核筛查、美沙酮维持治疗、针具交换和关怀救助服务等）。

各地可根据当地感染者的数量和地理分布，依托搞病毒治疗机构乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心和美沙酮维持治疗门诊等机构和平台开展随访工作。监管场所负责完成所内感染者／病人的随访和出所转介工作。

（1）随访咨询。

随访责任人在开展随访工作时应首先评估感染者／病人的现状和需求，关心其身体健康和生活状况，在建立和谐和相互信任的关系的基础上，帮助其正确认识艾滋病病毒感染和艾滋病，了解抗病病毒治疗的重要性和有效性，建立对生存的信心，与其沟通如何正确认识和应对感染艾滋病病毒后的身体、心理以及社会生活方面的变化，促进其建立积极生活的态度和行动计划，并督促其实施，逐步建立有利于改善其身体健康和生活状况的行为习惯。

（2）CD_4^+T淋巴细胞检测。

受检者一旦确定感染艾滋病病毒之后，随访责任人应尽快安排其接受第一次CD_4^+T淋巴细胞检测。当CD_4^+T淋巴细胞检测结果大于350个/mm^3但小于400个/mm^3时，感染者／病人应每半年接受一次CD_4^+T淋巴细胞检测，当CD_4^+T淋巴细胞检测结果

大于400个/mm^{3}时每年接受一次CD_4^+T淋巴细胞检测。当CD_4^+T淋巴细胞检测结果小于或等于350个/mm^{3}时，应立即将其转介到辖区抗病毒治疗定点医院接受抗病毒咨询和治疗。

（3）配偶／固定性伴的告知和检测。

随访责任人根据《云南省艾滋病防治条例》和云南省相关文件要求，为艾滋病病毒抗体确诊阳性者提供配偶／固定性伴告知咨询，讨论配偶／性伴告知检测的益处，商定配偶／性伴告知的时间和方式。配偶告知可以由告知责任人和随访责任人或感染者／病人本人完成。对于暂时不能告知配偶的感染者／病人，告知责任人和随访责任人应与其进行减少危险行为的交流，尽可能使其承诺采取预防进一步传播艾滋病的措施。对一个月后仍不履行告知义务者，随访责任人可按《云南省防治艾滋病条例》的规定，采取适当的方式进行配偶／性伴告知和检测。

（4）高危行为干预。

随访责任人在开展对感染者／病人的行为干预时应遵循随访咨询的相关要求，与其沟通发生危险行为对自身健康和生活的危害性，讨论改变危险行为对于预防其重复感染艾滋病病毒或丙型肝炎病毒等其他致病微生物、提高治疗效果以及改善生活状况的重要性，帮助其制定改变危险行为的行动计划，建立行为改变必需的支持系统，监督行动计划的实施进展。

（5）机会性感染的预防。

随访责任人在随访时，应对感染者／病人的身体状况进行评估，与其讨论如何识别机会性感染者的相关症状和体征，帮助其早期诊断和治疗包括结核病在内的机会性感染，提供必要的转介服务。

对无磺胺过敏史，CD_4^+T淋巴细胞检测结果小于200个/mm^{3}的患者，服用复方新诺明预防机会性感染的发生。

（6）治疗依从性咨询。

对于已经接受抗病毒治疗和结核病治疗的感染者/病人，随访责任人应与其交流按时、按量服药对于保障治疗效果、减少耐药性的重要性，了解其在治疗中遇到的困难和障碍，讨论如何向负责治疗的医生提供有关服药后的身体毒副反应，制定积极的解决问题的行动计划，并督促其实施。

（7）日常护理咨询。

随访责任人在进行随访时，应了解感染者／病人的起居、饮食、卫生、生产劳动、锻炼和睡眠等生活习惯，与其讨论建立适合自己的健康生活习惯对于改善其健康和生活状况的重要性，介绍有关营养、卫生等方面的生活知识，提高其自我护理的知识和技能，鼓励感染者／病人积极主动地寻求相关的支持服务。

（8）心理支持服务。

随访责任人进行随访时，应了解感染者/病人的心理和精神状况，帮助其正确认识感染艾滋病病毒之后出现的正常的情绪反应，介绍有关分散和转移情绪反应的基本知识和技能，提供必要的心理支持服务。对于情绪反应过度的感染者／病人，随访责任人应提供必要的转介服务。



（9）有关减少歧视和隐私保护。

随访责任人应了解感染者／病人面临的有关歧视和个人隐私问题，帮助其正确认识有关社会恐惧和歧视的问题，树立积极应对态度，增强其自强自立的勇气和信心。与其讨论为其提供医疗卫生服务知晓其个人情况与泄露个人隐私的区别，帮助其理解随访服务的意义，促进其积极主动参与和配合随访管理工作。

（10）转介服务。

在对艾滋病病毒感染者／艾滋病病人提供告知和随访服务时，应根据感染者/病人的具体情况，将其转介到抗病毒治疗、母婴阻断、美沙酮维持治疗、清洁针具交换、安全套发放和关怀救助服务等相关服务平台。对有结核病可疑症状者，转介进行结核病筛查和进一步诊治，以后每半年接受一次结核病筛查。

在提供转介服务时，应与其讨论有关具体事宜，在知情同意的前提下安排转介服务。提供转介服务时，随访责任人应详细告知感染者／病人如何获得转介服务，与转介接收单位取得联系，通知其做好接收准备，对感染者／病人接收转介服务的情况进行追踪。

（五）督导与评估

省、州（市）疾控机构利用〈全国艾滋病综合防治数据信息系统〉，动态掌握感染者／病人综合管理各项指标（首次随访率、后续随访率、CD_4细胞检测率和配偶检测率）完成情况。县（市、区）疾控机构每月收集各乡镇卫生院、社区卫生服务中心、医疗机构和艾滋病防治服务平台开展告知、随访和转介服务的人数和相关信息，及时发现存在问题，指导和督促告知责任人和随访责任人按要求开展工作。

各级防治艾滋病工作委员会和省、州（市）疾控机构每年组织对各地开展现场督导与考核，对各县（市、区）感染者／病人综合管理各项指标完成情况和工作质量进行考核，及时协调解决告知和随访工作中存在的困难和问题。

参考文献：

1. UNAIDS. International Technical Consultation on Positive Prevention.2009.

2. UNAIDS. Positive Prevention.2007.

3. 云南省卫生厅:云卫发〔2007〕716号文.云南省卫生厅关于加强艾滋病病毒感染者告知随访工作的通知.

4. 云南省疾病预防控制中心性病艾滋病防制中心:云南省艾滋病病毒感染者／艾滋病病人综合管理工作手册（试行）.技术手册.2009年.

5. Horizons Program (2002). Greater involvement of PLHA in NGO service delivery: findings from a four-country study. Washington, Population Council.

思考题：

1. 为何要为艾滋病病毒感染者／艾滋病病人提供关怀支持服务?

2. 对艾滋病病毒感染者／艾滋病病人提供综合服务的内容包括哪几方面?

3. 开展艾滋病检测结果告知的原则是什么?

4. 对在医疗服务中发现的艾滋病病毒感染者／艾滋病病人如何开展转介服务?

5. 如何开展配偶／固定性伴的告知和检测?

6. 如何看待国家为艾滋病病毒感染者／艾滋病病人提供关怀支持服务与社会公平的问题?

（贾曼红）

第八章　艾滋病的临床与治疗

本章着重介绍艾滋病的发病机制、病理改变、临床表现和分期、诊断、抗反转录病毒治疗、常见机会性感染的诊断和治疗。根据国内外最新进展，结合我国具体情况和我国艾滋病病人临床特点，重点强调最为关键的高效联合抗反转录病毒治疗。抗反转录病毒治疗方案主要是基于国内已有药物推荐。

第一节　艾滋病的发病机制

一　HIV损伤CD_4^+T淋巴细胞

HIV感染和损伤细胞的先决条件是被感染细胞与病毒的亲嗜性。CD_4^+T淋巴细胞表面的CD_4分子是HIV的主要受体，当病毒与细胞接触时，病毒包膜的表面糖蛋白gp120即与细胞表面的CD_4分子V1区结合，致使与其紧密相连的包膜跨膜蛋白gp41发生构变，其疏水端深入靶细胞膜内，促进病毒包膜与宿主细胞膜的融合和核衣壳的侵入。基因敲除研究表明，CCR5和CXCR4为HIV的辅助受体，分别有助于HIV对巨噬细胞和T细胞的感染。研究发现，无症状的HIV感染者其CD_4^+T淋巴细胞仅少数显示HIV复制，这可能与细胞表面无辅助受体有关。

1．T细胞损伤：HIV感染CD_4^+T淋巴细胞后，在其中以较快的速度增殖，导致此类细胞的病变和死亡，使CD_4^+T淋巴的数量减少和功能降低，从而造成以CD_4^+T淋巴细胞为中心的免疫功能全面障碍。由于CD_4^+T淋巴细胞数量的减少，CD_8^+T淋巴细胞比例则相对增高，出现CD_4^+／CD_8^+倒置。CD_4^+T淋巴细胞与抗原提呈细胞、B细胞、CTL以及NK细胞的功能密切相关，CD_4^+T淋巴细胞的异常必然导致患者机体免疫功能的紊乱。

2．其他细胞损伤：CD_4分子也存在于其他细胞表面，如单核-巨噬细胞、小神经胶质细胞、郎格罕细胞和其他骨髓分化细胞等，这些细胞也是HIV的敏感细胞。HIV包膜的氨基酸序列测定已表明，淋巴细胞和巨噬细胞均可被该病毒感染。

3．细胞损伤机制：HIV感染CD_4^+T淋巴细胞是艾滋病感染者／病人免疫缺陷的前奏。HIV导致CD_4^+T淋巴细胞损伤的可能机制为：（1）病毒的出芽释放和其包膜糖蛋白插入细胞膜，都有可能导致宿主细胞膜通透性的改变。（2）宿主细胞可通过膜上的病毒gp120与细胞自身表达的CD分子结合，融合形成多核巨细胞。（3）大量病毒增殖产

生的未整合的cDNA，干扰宿主细胞代谢；而当HIV核酸以整合于宿主染色体的形式潜伏时，受染细胞虽未遭破坏，但细胞增殖和细胞因子分泌功能均发生障碍。（4）机体对病毒感染的细胞产生特异性的CTL细胞毒性或ADCC效应。CTL对靶细胞的杀伤作用还可波及邻近未被感染的CD_4^+T淋巴细胞，导致CD_4^+T淋巴细胞大量减少。（5）gp120与Ⅱ类MHC分子有交叉成分，病毒感染后机体产生的抗gp120可介导自身免疫性损伤，破坏表达Ⅱ类MHC分子的CD_4^+T淋巴细胞。（6）病毒与易感细胞结合后，直接诱导细胞凋亡，特异性识别HIV抗原肽的CTL也可启动靶细胞凋亡过程。

二　其他免疫细胞功能异常

CD_4^+T淋巴细胞是重要的免疫调节细胞，其数量和功能的改变都将影响其他免疫细胞的状态。

1. 多克隆B细胞活化可导致高丙球蛋白血症，血清IgG1、IgG3和IgM水平增高，但这种B细胞自发分泌的情况并不总是存在，甚至在HIV感染的婴儿尚可出现全丙球蛋白减少症。

2. 产生针对自身红细胞、血小板、淋巴细胞、嗜中性粒细胞、核蛋白、髓鞘及精子的自身抗体，构成HIV相关的血小板减少症和周围神经症等的重要因素。

3. 体外研究表明，抗体能够增强HIV的感染，这一作用系由免疫球蛋白Fc段和补体的受体介导的，其在体内的确切意义尚不清楚。

4. B细胞对T细胞非依赖性有丝分裂原（如金黄色葡萄球菌Cowan I）的应答能力减弱。

5. 细胞因子的产生及其受体表达异常，如IL-2、IFN-γ的产生减少，IL-2受体表达降低，循环免疫复合物水平增加。此外，血清β2微球蛋白升高可能与AIDS的预后相关。

（宝福凯）

第二节　艾滋病临床表现与分期

HIV病毒感染初期的病毒血症期，伴有或不伴有临床症状，随后则为临床潜伏期，此阶段体内免疫机制使病毒控制在低水平复制状态，外周血中被HIV感染的细胞数量很少，从初始感染HIV到终末期是一个较为漫长复杂的过程，在这一过程的不同阶段，与HIV相关的临床表现也是多种多样的。参照2011年制定的《艾滋病诊疗指南》，艾滋病的全过程可分为急性期、无症状期和艾滋病期。

一　急性期

通常发生在初次感染HIV后2 ~ 4周。部分感染者出现病毒血症和免疫系统急性损伤所产生的临床症状。大多数患者临床症状轻微，持续1 ~ 3周后缓解。临床表现以发热最为常见，可伴有咽痛、盗汗、恶心、呕吐、腹泻、皮疹、关节痛、淋巴结肿大及神经系统症状。此期在血液中可检出HIV RNA和P24抗原，而HIV抗体则在感染后



数周才出现。CD_4^+T淋巴细胞计数一过性减少，同时CD_4／CD_8比值亦可倒置。部分患者可有轻度白细胞和血小板减少或肝功能异常。

二　无症状期

可从急性期进入此期，或无明显的急性期症状而直接进入此期。此期持续时间一般为6～8年。其时间长短与感染病毒的数量和型别、感染途径、机体免疫状况、营养条件及生活习惯等因素有关。在无症状期，由于HIV在感染者体内不断复制，感染者免疫系统受损，CD_4^+ T淋巴细胞计数逐渐下降，同时具有传染性。

三　艾滋病期

为感染HIV后的最终阶段。患者CD_4^+T淋巴细胞计数明显下降，多为<200个/mm^3，HIV血浆病毒载量明显升高。此期主要临床表现为HIV相关症状、各种机会性感染及肿瘤。

HIV相关症状：主要表现为持续1个月以上的发热、盗汗、腹泻、体重减轻10%以上，部分患者表现为神经精神症状，如记忆力减退、精神淡漠、性格改变、头痛、癫痫及痴呆等。另外还可出现持续性全身性淋巴结肿大，其主要特点为：

◇ 除腹股沟以外有两个或两个以上部位的淋巴结肿大。

◇淋巴结直径≥1cm，无压痛，无粘连。

◇ 持续时间3个月以上。

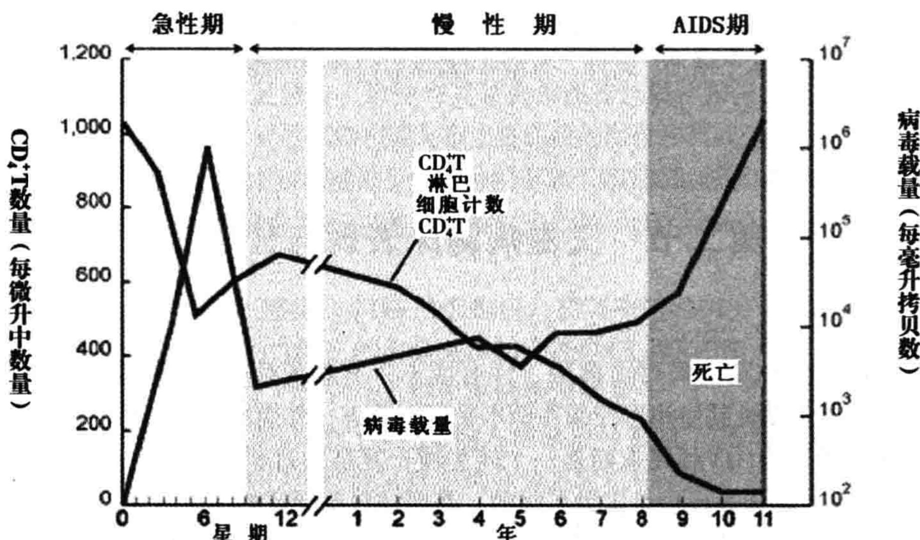


图8-1　HIV-1感染自然过程

第三节　艾滋病的诊断标准

一　诊断原则

HIV／AIDS的诊断需结合流行病学史（包括不安全性生活史、静脉注射毒品史、

输入未经抗HIV检测的血液或血液制品、抗HIV阳性者所生子女或职业暴露史等）、临床表现和实验室检查等进行综合分析，慎重作出诊断。诊断HIV／AIDS必须是抗HIV阳性（经确诊试验证实），而HIV RNA和P24抗原的检测有助于HIV／AIDS的诊断，尤其是能缩短抗体“窗口期”和帮助早期诊断新生儿的HIV感染。

（一）急性期

患者近期内有流行病学史和临床表现，结合实验室HIV抗体由阴性转为阳性即可诊断，或仅实验室检查HIV抗体由阴性转为阳性即可诊断。

（二）无症状期

有流行病学史，结合抗HIV阳性即可诊断，或仅实验室检查抗HIV阳性即可诊断。

（三）艾滋病期

有流行病学史、实验室检查HIV抗体阳性，加下述各项中的任何一项，即可诊断为艾滋病；或者HIV抗体阳性，而CD_4^+T淋巴细胞数＜200个／mm^3，也可诊断为艾滋病。

1. 原因不明的持续不规则发热38℃以上，＞1个月。
2. 腹泻（大便次数多于3次／天），＞1个月。
3. 6个月之内体重下降10%以上。
4. 反复发作的口腔假丝酵母菌感染。
5. 反复发作的单纯疱疹病毒感染或带状疱疹病毒感染。
6. 肺孢子菌肺炎（PCP）。
7. 反复发生的细菌性肺炎。
8. 活动性结核或非结核分枝杆菌病。
9. 深部真菌感染。
10. 中枢神经系统病变。
11. 中青年人出现痴呆。
12. 活动性巨细胞病毒感染。
13. 弓形虫脑病。
14. 青霉菌感染。
15. 反复发生的败血症。
16. 皮肤黏膜或内脏的卡波西肉瘤、淋巴瘤。

二　成人和青少年WHO HIV感染临床分期体系

表8-1　成人和青少年WHO HIV病毒感染临床分期体系
WHO临床Ⅰ期：无症状期
无症状 持续的全身浅表淋巴结肿大



WHO临床Ⅱ期：轻度疾病期
无原因中度体重下降（体重下降＜10%） 反复性上呼吸道感染（如鼻窦炎、扁桃体炎、中耳炎、咽炎） 带状疱疹 口角炎 反复性口腔溃疡 脂溢性皮炎 瘙痒性丘疹样皮炎 真菌性甲炎
WHO临床Ⅲ期：中度疾病期
无原因重度体重下降（体重下降＞10%） 无原因超过1个月的慢性腹泻 无原因的长期发热（间歇性的或者持续性的发热超过1个月） 持续性口腔念珠菌（假丝酵母菌）病 口腔毛状白斑 严重的细菌性感染（如肺炎、脓血症、脓性肌炎、骨或关节感染、菌血症、脑膜炎、严重的盆腔炎） 肺结核 急性坏死性溃疡性口腔炎、牙龈炎、牙周炎 无原因的贫血（＜80g/L）、中性粒细胞减少（＜0.5×10^9/L）或慢性血小板减少（＜50×10^9/L）
WHO临床Ⅳ期：严重疾病期（艾滋病）
HIV消耗综合征 肺孢子菌肺炎 反复严重的细菌性肺炎 慢性单纯疱疹感染（超过1个月的口腔、生殖器或肛门直肠感染，或者任何内脏器官感染） 食管念珠菌（假丝酵母菌）病（或者气管、支气管或肺部真菌感染） 肺外结核 卡波济肉瘤 巨细胞病毒感染（视网膜或者其他器官感染，包括肝脏，脾脏和淋巴结） 中枢神经系统弓形虫病 HIV脑病 肺外隐球菌感染（包括脑膜炎） 播散性非结核分枝杆菌感染 进展性多灶性脑白质病 慢性隐球菌病 慢性等孢子虫病 播散性真菌病（组织胞浆菌病或者球孢子菌病） 复发性败血症（包括非伤寒性沙门菌病） 淋巴瘤（脑部淋巴瘤或者B细胞非霍奇金淋巴瘤） 侵袭性宫颈癌 非典型播散性利什曼原虫病 有症状的HIV相关性肾病或者HIV相关性心肌炎

三 儿童/婴幼儿WHO HIV感染临床分期体系

表8-2 儿童/婴幼儿WHO HIV感染临床分期体系

临床分期Ⅰ期
无症状期 持续性全身浅表淋巴结肿大综合征
临床分期Ⅱ期
不明原因的持续性肝脾肿大 瘙痒性丘疹 指(趾)甲真菌感染 口角炎 线形牙龈红斑 泛发性疣病毒感染 泛发性传染性软疣 复发性口腔溃疡 不明原因持续性腮腺肿大 带状疱疹 反复或慢性上呼吸道感染(中耳炎、鼻窦炎、扁桃体炎等)
临床分期Ⅲ期
原因不明的中度营养不良或消瘦,对标准治疗反应不良 原因不明的持续性腹泻(14日或以上) 原因不明的持续性发热(体温间歇或连续性大于37.5℃超过1个月) 持续性口腔念珠菌(假丝酵母菌)感染(6~8周龄婴幼儿除外) 口腔毛状白斑 急性坏死性溃疡性牙龈炎/牙周炎 淋巴结结核 肺结核 严重的复发性细菌性肺炎 急性坏死性溃疡性齿龈炎、口腔炎或牙周组织炎 有症状的淋巴细胞间质性肺炎(LIP) 慢性HIV相关性肺病,包括支气管扩张 原因不明的贫血(Hb<80g/L)、中性粒细胞减少症($<0.5\times10^9$/L)或者慢性血小板减少症($<50\times10^9$/L)
临床分期Ⅳ期
原因不明的严重消耗,发育迟缓或营养不良,对标准治疗反应不良 肺孢子菌肺炎 复发性严重的细菌性感染(如脓肿、化脓性肌炎,骨或者关节感染,脑膜炎。肺炎除外) 慢性单纯性疱疹感染(口腔或者皮肤感染持续时间超过1个月或任何内脏器官感染) 食管念珠菌(假丝酵母菌)病或气管、支气管、肺念珠菌(假丝酵母菌)病 肺外结核 卡波济肉瘤 中枢神经系统弓形虫病(新生儿除外) 巨细胞病毒(CMV)感染:视网膜炎或其他脏器的CMV感染,1月龄以上的儿童/婴幼儿 肺外隐球菌感染(包括脑膜炎)



第四节 艾滋病抗反转录病毒药物治疗

一 治疗目标

通过抗反转录病毒药物治疗（以下简称抗病毒治疗，antiretroviral therapy，ART）最大限度地抑制病毒的复制，保存和恢复免疫功能，降低病死率和HIV-1相关性疾病的发病率，提高患者的生活质量，减少艾滋病的传播。

二 开始ART的指征和时机

中国开始抗病毒治疗的指征和时机，是立足我国当前现有的医疗资源，包括可获得的药物和检测条件，同时结合世界卫生组织（WHO）和世界上发达国家所推行的抗病毒治疗指南而确定的成人及青少年开始ART的指征和时机。艾滋病抗病毒治疗的指征和时机更改很快，目前有发展为全员治疗的趋势。

表8-3 成人／青少年抗病毒治疗总体标准

临床标准	实验室标准	处理意见
急性感染期	任何CD_4^+T淋巴细胞水平	推荐治疗*
WHO分期Ⅲ、Ⅳ期	任何CD_4^+T淋巴细胞水平	治疗
WHO任何分期	CD_4^+T淋巴细胞 ≤350/mm³	治疗
WHO任何分期	CD_4^+T淋巴细胞计数在350–500/mm³之间	当患者符合以下任何一种情况时： 1．高病毒载量（即 VL＞100,000拷贝/ml）； 2．CD_4^+T淋巴细胞数下降较快（每年降低＞100个/mm³） 3．年龄＞65岁 建议治疗，但患者必须具有治疗意愿，可保证良好的依从性。
WHO任何分期	任何CD_4^+T淋巴细胞水平	当患者符合以下任何一种情况时： 1．合并活动性TB; 2．合并活动性HBV; 3．HIV相关肾脏疾病； 4．妊娠； 5．配偶或固定性伴中HIV阳性的一方建议治疗，但患者必须具有治疗意愿，可保证良好的依从性。

开始抗病毒治疗前的注意事项包括：

◇ 在开始抗病毒治疗前要稳定患者的一般状况。

◇ 在开始抗病毒治疗前，应保证患者的一般状况稳定，应控制主要的机会性感染。

◇ 严重的机会性感染，如肺孢子菌肺炎、脑膜炎、食管念珠菌（假丝酵母菌）感染、淋巴瘤和弓形虫病应在开始抗病毒治疗前进行处理。

◇ 艾滋病合并结核病患者应在开始抗病毒治疗前至少进行2 周至2 个月的抗结核治疗。

◇ 有严重的心、肝、肾功能异常的患者在开始抗病毒治疗前应由当地专家组成员进行抗病毒治疗适宜性的评估。

三　成人及青少年几种推荐用药方案

根据目前国际上已有的抗反转录病毒（ARV）药物可以组成以2种核苷类药物（NRTIs）为骨架的联合非核苷类药物（NNRTI）或蛋白酶类（PI）方案，或3种NRTIs方案等，需要提出的是，每种方案都有其优缺点，例如毒性、耐药性对以后治疗产生的影响、实用性和可行性等，需根据病人的具体情况来掌握。现以我国已有药物为基础推荐以下几种组合方案。

（一）一线推荐方案

表8-4　一线推荐方案

TDF或AZT+ 3TC + EFV或NVP
剂量： TDF：300mg，每天1次 AZT：300mg，每天2次 3TC：300mg，每天1次 EFV：600mg，每晚1次 NVP：初治2周为诱导期，200mg，每天一次；之后200mg，每天两次。

（二）药物的注意事项

1．AZT。

AZT不能用于血红蛋白低于90g/L或者中性粒细胞低于0.75×10^9/L的患者。

2．3TC。

成人服用300mg片剂，每日1次。儿童必须按每日两次的方式服药，不能使用每天1次剂量。

3．对于合并感染HBV的患者，一线方案首选TDF。

4．NVP。

（1）基线CD_4^+T淋巴细胞≥400/mm^3的男性和基线CD_4^+T淋巴细胞计数≥250/mm^3的女性，NVP会增加肝毒性的危险，并通常出现在开始治疗后的16周以内，因此对



上述两类患者应避免使用NVP，可选用EFV。

（2）对用利福平治疗的艾滋病合并结核病患者应避免同时使用NVP。

（3）对过去6个月使用过单剂量NVP的患者，开始新的抗病毒治疗时应避免使用NVP和EFV。

（4）应注意在治疗最初的2周内，NVP的诱导剂量为200mg，每日1次；随后如果未见新的药疹同时ALT/AST水平未再升高，可将剂量调至200mg，每日2次。

5．EFV。

（1）EFV由于有致畸的危险，在妊娠的13周以内应禁用，但在妊娠中晚期（13周以后）可以应用。

（2）所有使用EFV抗病毒治疗的妇女，必须接受妊娠试验检测和服用EFV对妊娠潜在危险的咨询，并采取适当的避孕措施。

6．TDF的毒副反应。

使用TDF的患者有可能出现肾功能损伤和骨密度下降，罕见报道有急性肾功能不全和范可尼（fanconi）综合征。基线存在肾功能异常的患者避免使用TDF。

四　治疗失败的确定

（一）病毒学失败

在治疗失败过程中最早出现的是病毒学失败。可以从病毒学的几个定义进行理解：

1．病毒抑制。

患者体内的HIV RNA 水平在检测设备的检测线之下（即该检测设备检测不到）。

2．病毒学失败。

持续进行HAART的患者中，血浆未能达到病毒复制的抑制(HIV RNA＜200拷贝/ml),或者未能维持病毒复制的抑制（HIV RNA＜200拷贝/ml）；

3．病毒抑制不完全。

患者在接受抗病毒治疗后24周后，连续2次血浆中HIV RNA＞200拷贝/ml。患者病毒载量(VL)基线值的高低会影响到对药物反应的时间，某些治疗方案比其他方案需要更长的时间才能够达到完全抑制病毒。

4．病毒反弹。

病毒曾经被完全抑制，但是目前VL检测中HIV RNA＞200拷贝/ml。

5．持续低水平病毒血症。

病毒载量可以检出，但HIV RNA＜1,000拷贝/ml。

6．一过性病毒血症。

病毒被完全抑制后，偶尔一次可以检测到HIV RNA，但随后又回到检测线以下。

（二）免疫学失败

无论病毒是否被完全抑制，CD_4^+T淋巴细胞计数下降到或低于治疗前的基线水平，或降低至峰值的50%，或持续低于100个/mm^3，均可考虑发生了免疫学失败。CD_4^+T淋巴细胞计数的平台期，通常发生在治疗后病毒被完全抑制的4~6年后。

（三）临床失败

抗病毒治疗至少3个月以后先前的机会性感染重新出现，或者出现预示临床疾病进展的新的机会性感染或恶性肿瘤，或者出现新发或者复发的WHO临床分期Ⅳ期疾病，可考虑发生了临床失败，但需注意以下几点：

1. 应与免疫重建综合征相区别。免疫重建综合征的特征是艾滋病期有效的抗病毒治疗开始后几周出现机会性疾病的症状和体征，是针对既往亚临床机会性感染出现的炎症反应，这种免疫学重建也可能会导致一些机会性感染的非典型出现。

2. 结核病的复发不一定表明HIV感染的进展，因为还可能再次感染结核病，需要进行临床评估。

五　婴幼儿和儿童抗反转录病毒治疗的指征和时机

18月龄前婴幼儿HIV-1 感染的诊断不能用抗体检测来判断，因为在出生后的18个月内，婴幼儿体内存在着来自母体的HIV-1抗体，因此首选应用HIV-1 DNA PCR法检测,阳性可早期诊断HIV-1感染；如无条件时，也可用HIV-1 RNA PCR法来代替，两次检测阳性也可诊断HIV-1感染。

（一）HIV阳性儿童／婴幼儿抗病毒治疗的临床及免疫学指标

表8-5　HIV阳性儿童／婴幼儿抗病毒治疗标准

	WHO临床分期	处理原则
<24个月	无论何种临床分期及免疫状态均开始治疗	
≥24个月	Ⅳ期a	治疗b
	Ⅲ期a	治疗
	Ⅱ期	CD4低于年龄相关阈值时治疗；
	Ⅰ期	

a 开始抗病毒治疗前，稳定各种机会性感染（OI）。

b 基线CD_4^+T淋巴细胞检测对于监测抗病毒治疗疗效非常重要，即使此时不是开始抗病毒治疗的必须指征，也应检测。

表8-6　HIV阳性儿童／婴幼儿抗病毒治疗免疫学指标

年龄	<24个月	24~59个月	≥5岁
CD_4^+T淋巴细胞百分比	任何水平	≤25%	≤15%
CD_4^+T淋巴细胞计数	任何水平	<750个/mm^3	≤350个/mm^3

（二）婴儿早期诊断及治疗

1. HIV感染孕产妇所生婴幼儿应在出生后4~6周或其后尽可能早的时间内应用HIV核酸（DNA或RNA）检测进行早期HIV感染诊断，以尽早做出早期诊断及早期治疗。

2. 由于ART可挽救已感染HIV婴儿的生命，因此对于两次HIV核酸（DNA或RNA）检测结果阳性的婴儿，在与婴儿父母或监护人深入讨论并取得其知情同意后，立即开始抗病毒治疗。

3. 所有小于2岁的确诊HIV感染的婴幼儿无论CD_4^+ T淋巴细胞计数及临床分期如何，均应尽早进行抗病毒治疗。

（三）儿童／婴幼儿的一线方案

表8-7　HIV阳性儿童／婴幼儿推荐的一线抗病毒药物治疗方案

核苷类药物	非核苷类或蛋白酶类药物	
选择其中之一： AZT+3TC ABC+3TC	NVP EFV* LPV/r	未曾暴露于NNRTI抗病毒药物的婴幼儿或儿童可以使用NVP或EFV或LPV/r，曾暴露于NNRTI抗病毒药物的婴幼儿或儿童选择LPV/r。 ≤3岁或体重≤10kg，根据情况选择NVP或LPV/r。

* EFV不适用于体重小于10kg或年龄小于3岁的儿童。
剂量：
ABC：8mg/kg体重/次，每日2次（最大不能超过300mg/次）
AZT：180～240mg/m^2体表面积，12小时1次（6周以上的婴儿）
3TC：4mg/kg体重，每日2次（30日以上的婴儿）
NVP：160～200mg/m^2体表面积，每日1次，连用14天，然后12小时1次
EFV：15mg/kg，每日临睡前1次
LPV/r：7~15kg，LPV 12mg/kg和 RTV 3mg/kg，每天2次；LPV 15~40kg，10mg/kg和 RTV 2.5mg/kg，每天2次

（四）儿童／婴幼儿抗病毒治疗需要注意事项

1. 所有小于24个月的婴幼儿确诊为HIV感染后，无论临床分期或CD_4^+T淋巴细胞计数／百分比值为多少，均应开始抗病毒治疗。

2. 所有上述药物均应该使用适当的剂型。尽量避免使用大剂量的口服液。一般来说，如果有可能，在患儿可以耐受的情况下，尽早让儿童使用片剂或者胶囊。

3. 某些抗病毒药物片剂是可以被分半掰开的，但是不能再进一步掰开以避免药物的不稳定以及剂量的不准确，而且不足半片的部分是不能再服用的。药片上有凹槽的药片可以比较容易地分半掰开服用，但是也有很多药物掰开是非常困难的，WHO推荐如果有可能尽量在专业药房中由药剂师使用适宜的工具分割药片。

4. 掌握婴幼儿的剂量要比成人复杂得多，药物剂量必须根据儿童的体重或体表面积进行计算，以防止发生剂量不足而产生耐药。如果儿童治疗方案与父母的方案相一致，可能有助于提高患儿治疗依从性。

儿童体表面积计算公式

体重不足(≤)30kg者，体表面积（m^2）＝体重×0.035+0.1

体重超过（＞）30kg者，体表面积（m^2）＝（体重－30）×0.02+1.05

5．儿童／婴幼儿抗病毒治疗的临床和实验室评估。

儿童／婴幼儿抗病毒治疗效果明显的临床表现包括：（1）原来生长停滞儿童的生长发育得到改善。（2）原来神经系统的发育停滞状况得到改善。（3）感染［细菌感染／鹅口疮和（或）其他机会性感染］的发生率减少。

相对于成人的临床疗效评估，儿童抗病毒治疗的临床监测还应增加以下内容：（1）营养状况。（2）体重与身高的增长。（3）发育过程中重要的表现（例如行走、说话的年龄）和学习成绩。（4）神经系统症状。

对儿童抗病毒治疗的实验室评估与成人的评估方法相同。

（五）婴幼儿和儿童治疗失败的确定

婴幼儿和儿童治疗失败的定义与成人相似，分别从病毒学、免疫学和临床三方面进行判断。

1．病毒学失败。

在抗病毒治疗开始16～24周后，病毒载量应该检测不到，并且除偶尔短暂的低水平的上升以外，应该能够保持于检测限以下。如果患者治疗 6 个月后仍能够持续检测到病毒载量，或者先前检测不到，但是以后 2 次或更多次的连续检测均提示病毒载量持续上升则可以证明其病毒学治疗失败。

2．免疫学失败。

（1） CD_4^+ T淋巴细胞计数或百分比降至治疗前基线水平（连续2次，间隔3个月以上）。

（2）连续2次（间隔3个月以上）CD_4^+ T淋巴细胞计数由治疗峰值下降50%或CD_4百分比降至该年龄段的阈值以下。

（3）连续接受治疗超过1年以上，CD_4^+ T淋巴细胞计数≤100/mm^3（5岁以上患者），或CD_4^+ T淋巴细胞计数≤200/mm^3或CD_4^+ T百分比≤10%（5岁以下患者）。

3．临床失败。

（1）原来对治疗有反应的儿童开始出现生长减慢或停滞迹象；

（2）原来对治疗有反应的儿童开始出现生长率下降；

（3）神经发育停滞或发生脑病；

（4）感染反复发作，如反复出现口腔念珠菌（假丝酵母菌）感染；

（5）出现或再次发生WHO临床分期3期或4期事件。

（六）注意事项

1．在判断儿童治疗失败前，应首先考虑药物剂量是否准确并是否按正确方法服用。必要时，加强家庭有关依从性和服用技巧方面的咨询和教育。

2．如果患儿接受抗病毒治疗时间不足6个月，不能仅依靠临床表现做出抗病毒治疗方案失败的结论。应当与免疫重建综合征相鉴别，后者大多出现在开始HAART治疗的前6个月，并不意味着治疗失败。

3．出现病毒学治疗失败时，是否需要更换药物治疗方案应根据条件而定，比如是否存在有效的、可更换的药物。如果没有更好的替换方案，也应考虑到持续应用已经失败的治疗方案仍可以使患者继续获得临床和免疫学等方面的改善。



抗病毒治疗并不能治愈艾滋病，但如果规范治疗，可以抑制体内病毒的复制，延长生命，提高生活质量。抗病毒治疗是一种终身的治疗，患者需要了解并且做出长期按要求治疗的承诺。所有的抗病毒药物都有可能产生毒副反应，但大部分是可以处理的，并且可以在治疗开始后的4～8 周逐渐减轻或消失。在很少的情况下，会出现严重的毒副反应，甚至会危及生命。因此患者需要按要求定期到指定医疗机构随访，以便监测毒副反应。

第五节　中国现有抗艾滋病反转录病毒药物

目前国际上抗反（逆）转录病毒药物有六类药物，分为核苷类反（逆）转录酶抑制剂（NRTIs）、非核苷类反（逆）转录酶抑制剂（NNRTIs）和蛋白酶抑制剂（PIs）、融合抑制剂（FIs）、整合酶抑制剂（HILSTI）和CCR5受体拮抗剂。目前国内抗反转录病毒药物（ARV）共12种，分为三类，即核苷类反转录酶抑制剂、非核苷类反转录酶抑制剂和蛋白酶抑制剂。

所有的一线治疗方案均包含三种抗病毒治疗药物，其中包括两种核苷类反转录酶抑制剂类药物和一种非核苷类反转录酶抑制剂类药物。医生在开始抗病毒药物治疗时，应综合考虑各种情况，如是否合并结核病或者肝炎、是否处于妊娠期或者准备妊娠，以及是否接受过抗病毒治疗等因素来选择适宜的治疗方案。

表8-8 中国目前抗艾滋病病毒药物

药物名称	缩写	类别	用法与用量	主要毒副作用	ARV药物间相互作用和注意事项	备注
Zidovudine 齐多夫啶	AZT	核苷类	成人：300mg/次，2次/日 新生儿/婴幼儿: 2mg/kg，4次/日 儿童:160mg/ m^2 体表面积，3次/日	1. 骨髓抑制、严重的贫血或嗜中性粒细胞减少症； 2. 胃肠道不适：恶心、呕吐、腹泻等； 3. CPK和ALT升高；乳酸酸中毒和/或肝脂肪变性	不能与d4T合用	
Lamivudine 拉米夫啶	3TC	核苷类	成人：150mg/次，2次/日或300mg/次，1次/日 新生儿: 2mg/kg, 2次/日 儿童: 4mg/kg，2次/日	少，且较轻微。偶有头痛、恶心、腹泻等不适		
Didanosine 去羟肌苷（片或散）	ddI	核苷类	片剂 成人：体重≥60kg 200mg/次，2次/日；体重<60kg 125mg/次，2次/日 散剂 成人：体重≥60kg 250mg/次，2次/日，体重<60 kg 167mg/次，2次/日 新生儿/婴幼儿: 50mg/ m^2 体表面积,每天两次；儿童: 120mg/ m^2 体表面积,每天两次 空腹服用	1. 胰腺炎； 2. 外周神经炎； 3. 消化道不适，如恶心、呕吐、腹泻等； 4. 乳酸酸中毒和（或）肝脂肪变性	与IDV、RTV合用应间隔2小时； 与d4T合用会使二者的毒副作用叠加	目前已不推荐使用
Stavudine 司他夫啶	d4T	核苷类	成人：体重≥60kg 40mg/次，2次/日；体重<60kg 30mg/次，2次/日； 儿童：1mg/kg，2次/日（体重>30kg按30 kg计算）	1. 外周神经炎； 2. 胰腺炎； 3. 乳酸酸中毒和/或肝脂肪变性	不能与AZT合用； 与ddI合用会使二者的毒副作用叠加	目前已不推荐使用
Abacavir 阿巴卡韦	ABC	核苷类	成人：300mg/次，2次/日 新生儿/婴幼儿：不建议用本药 儿童：8mg/kg，2次/日，最大剂量300mg，2次/日	1. 高敏反应，一旦出现高敏反应应终身停用本药； 2. 恶心、呕吐、腹泻等		



药物名称	缩写	类别	用法与用量	主要毒副作用	ARV药物间相互作用和注意事项	备注
Tenofovir disoproxil fumarate 替诺福韦	TDF	核苷类	300mg/次，1次/日	肾功能不全 ——腹泻、恶心、呕吐、胃胀 ——头痛、衰弱 ——乳酸酸中毒并肝脏脂肪变，虽然很少发生，但有可能危及生命		
Combivir（AZT+3TC） 双太芝		核苷类	成人:1片/次，2次/日	见AZT与3TC	见AZT与3TC	
Trizivir （AZT+3TC+ABC） 三协唯		核苷类	成人：1片/次，2次/日	见AZT、3TC和ABC	见AZT、3TC和ABC	
Nevirapine 奈韦拉平	NVP	非核苷类	成人：200mg/次，2次/日 新生儿/婴幼儿：5mg/kg，2次/日 儿童：<8岁，4mg/kg，2次/日；>8岁，7mg/kg，2次/日 注意：奈韦拉平有导入期，即在开始治疗的最初14天，需先从治疗量的一半开始（ 每日一次），如果无严重的副作用才可以增加到足量（每日两次）	1. 皮疹。出现严重的或可致命性的皮疹后应终身停用本药； 2. 肝损害。出现重症肝炎或肝功能不全时，应终身停用本药	引起PI类药物血浓度下降；与IDV合用时，IDV剂量调整至1000mg 3次/日	
Efavirenz 依非韦伦	EFV	非核苷类	成人：600mg/次，1次/日 儿童：体重 15~25kg：200~300mg 1次/日；25~40kg：300~ 400mg 1次/日；>40kg：600mg 1次/日 睡前服用	1. 中枢神经系统毒性，如头晕、头痛、失眠、非正常思维等； 2. 皮疹； 3. 肝损害； 4. 高脂血症和高甘油三酯血症	与IDV合用时，IDV剂量调整到1000mg 3次/日； 不建议与SQV合用	

药物名称	缩写	类别	用法与用量	主要毒副作用	ARV药物间相互作用和注意事项	备注
Indinavir 茚地那韦	IDV	蛋白酶抑制剂	成人：800mg/次，3次/日 儿童：500mg/m^2 体表面积，3次/日 空腹服用	1. 肾结石； 2. 对血友病病人有可能加重出血倾向； 3. 腹泻、恶心、呕吐等； 4. 甲外翻、甲沟炎、脱发、溶血性贫血等； 5. 高胆红素血症； 6. 高脂血症、糖耐量异常、脂肪重新分布等PI类药物共性毒副作用	与NVP、EFV合用时，剂量增至1000mg 3次/日； 服药期间，每日均匀饮用1.5L～2L水	目前已不推荐使用
Lopinavir/ Ritonavir 克力芝	LPV/ RTV	蛋白酶抑制剂	成人：3粒/次，2次/日（Kaletra每粒含量：LPV 133.3mg，RTV 33.3mg） 儿童：7~15kg，LPV 12mg/kg和 RTV 3mg/kg,每天2次；LPV 15~40 kg：10 mg/kg和 RTV 2.5mg/kg，每天2次	腹泻、恶心、血脂异常； 也可出现头痛和转氨酶升高	与ddI合用时，ddI应在本药服用前1小时或服用后2小时再口服	

注：服用方法中2次/日指每12小时服药1次，3次/日指每8小时服药1次。

第六节　艾滋病抗病毒治疗常见药物副反应和推荐处理方法

一　常见药物副反应和推荐处理方法

表8-9　常见药物副反应和推荐处理方法

副反应	可能引起副反应的抗病毒药物	推荐处理方法
胃肠症状：恶心，胃炎	绝大多数抗病毒药物：首先应考虑ddI或AZT	恶心、呕吐给予抗呕吐剂和充足的水分；胃炎或返酸给予抑酸药或H2-受体拮抗剂；一次只摄入少量食物或液体；避免高脂肪、辣或很甜的食物以及奶制品；清汤、淡茶、未经深加工的米可能有益处
腹泻	除了3TC外的绝大多数抗病毒药物	抗腹泻药物（如易蒙停）；维持水盐平衡；选择易消化的食物（如大米、香蕉）；一次只吃少量食物；避免高脂肪食物；避免高纤维食物，如富含粗纤维的蔬菜和水果；避免奶制品
头痛	ddI、AZT	对乙酰氨基酚（扑热息痛）可减轻头痛，确保充分休息，保持水分和食物摄入，避免咖啡因和酒精
疲乏	许多抗病毒药物，除了3TC	保持液体和食物摄入；高能量零食；避免咖啡因及其他刺激物；活动期间注意休息以保持体力
腹部绞痛	ddI、d4T	首先排除是否有严重的副反应（胰腺炎、肾结石等）；对乙酰氨基酚（扑热息痛）可减轻疼 避免暴饮暴食
情绪异常、噩梦、眩晕、抑郁	EFV	睡前服用EFV，对患者提供咨询支持，解释EFV 的药物副反应，空腹服药，若影响睡眠，可将服药时间调整至早晨，避免驾驶、高空作业等工作
神经病变	d4T、ddI（也可以是HIV-1 造成的，而非抗病毒药物的原因）	考虑使用阿密曲替林、苯妥英或加巴喷丁缓解症状，扑热息痛可有帮助 应核查体重及正确剂量，若有可能，应考虑调整治疗方案
胰腺炎	d4T、ddI	到医院接受正规的治疗，症状消失前，所有抗病毒治疗都要停止
脂肪再分布	d4T、PI	对体型的改变进行咨询，若有可能，应考虑调整治疗方案
乳酸酸中毒	d4T（尤其是合用ddI时）、ddI、AZT	如果疑似，停止抗病毒治疗，因为早期发现很关键，有条件应检查血清乳酸浓度和（或）阴离子间隙以证实代谢性酸中毒。去指定医院找专家咨询风险因素：妊娠、酗酒、肝炎
抑郁、精神异常	EFV	现严重抑郁或自杀或精神异常，应去咨询精神科医生。如果出现对自己或他人的暴力倾向，更换EFV并咨询医生
严重贫血	AZT	如果Hb 或HCT 较基线值下降>25%或Hb<80 g/L，考虑用d4T 替代AZT，并追踪Hb 常规检查直至升为正常。必要时向上一级医生咨询，有条件可使用促红细胞生成素

严重皮疹	NVP*	如果出现严重皮疹（全身性、脱皮、黏膜受累），停止所有抗病毒药物（警惕发展为Stevens-Johnson 综合征），抗组胺药物能减轻症状，防止阳光照射皮肤，避免烈性皂类，穿着宽松棉制品
肝毒性	NVP*、AZT	如果出现黄疸，肝压痛或右上腹痛，检查ALT 和AST。若ALT/AST 大于正常值5 倍以上，停用所有抗病毒药物

* 若单纯因为NVP或EFV毒性停用所有抗病毒治疗，停用NVP或EFV 后，应尽可能在10日内“逐渐减量”直至停用NRTIs。

二　一线抗病毒治疗方案的潜在毒性和WHO推荐的替换用药

如出现骨髓抑制、胰腺炎、重症皮疹、高脂血症、严重的肝功能异常等，必须及时更换治疗方案，见表8-10。

表8-10　一线抗病毒治疗方案的潜在毒性和WHO推荐的替换用药

药物	毒性	药物替换
D4T	d4T相关神经障碍或胰腺炎 d4T相关脂肪萎缩	更换 d4T 为 AZT 更换 d4T 为 AZT 或 TDF 或ABC
NVP	NVP相关严重的肝脏毒性 NVP相关严重的皮疹（但不威胁生命） NVP相关威胁生命的皮疹（S~J综合征）	更换 NVP 为 EFV* 更换 NVP 为 EFV* 更换 NVP 为 LPV/r
AZT	AZT相关持续的胃肠道反应或严重的血液系统毒性	更换 AZT 为 d4T
EFV	EFV相关持续的中枢神经系统毒性	更换 EFV 为 NVP

* 同表8-9

第七节　艾滋病抗病毒治疗的依从性

抗病毒治疗的依从性不论对个体治疗还是整个治疗工作的成功都具有举足轻重的意义。对治疗依从性的研究显示，高度的依从性与良好病毒学结果和临床疗效有关，为确保抗病毒治疗的疗效，应至少保证95%以上的治疗依从性，依从性对抗病毒治疗功效的影响见表8-11。

如果不按时、不按量服药，产生耐药性的危险会很高，因为当体内的药物水平较低时，病毒会大量繁殖。由于目前的免费抗病毒治疗所能提供的抗病毒药物种类有限，因此确保良好的治疗依从性，对于保护这些方案能够长期使用至关重要。所以治疗教育和治疗支持是关怀的重要组成部分。



表8-11	依从性对抗病毒治疗功效的影响
依从率	ART 6 个月后病毒载量<400 拷贝/ml 的患者比例
95%	81%
90% ~ 95%	64%
80% ~ 90%	50%
70% ~ 80%	25%
<70%	6%

第八节　艾滋病抗病毒治疗失败的原因与二线治疗方案

一　抗病毒治疗失败的原因

病人出现治疗失败的原因有很多种，而区分原因非常重要，因为不同原因造成的治疗失败，接下来的处理方式也有所不同。一般来说，如果是药物副反应引起的依从性不良，只需要将引起药物副反应的药物替换即可，而治疗仍可以继续，这与因耐药而导致的治疗失败具有本质区别。此外，如患者的依从性不良（与药物副反应有关或无关）、吸收不良综合征、药物相互作用、免疫重建综合征等也会导致治疗失败。往往一个患者会有多种导致治疗失败的原因，但有些因素与治疗失败的相关性非常小，例如性别、种族、是否怀孕、吸毒史等。因此在鉴别治疗失败原因时，应非常注意。表8-12总结了怀疑治疗失败时，应该考虑的一些因素。

表8-12	怀疑治疗失败时需要考虑的其他影响因素
药物副反应	药物副反应有可能影响患者接受抗病毒治疗的能力，分析药物副反应的类型以及严重程度，并对症处理（如应用抗呕吐药、抗腹泻药），可考虑调整治疗方案以消除药物副反应。
依从性	患者是否按正确的时间表和剂量服用药物，患者是否遵从了服药对饮食的要求
吸收不良	是否患者对药物有吸收不良的指征。
药物相互作用（药物动力学）	对患者服用过的所有药物，包括中草药进行回顾，寻找与抗病毒药物有潜在相互作用的药物，尤其是那些可降低血药浓度的药物。
免疫重建综合征	免疫重建综合征通常会以机会性感染形式出现，如果在抗病毒治疗的最初3个月内出现症状，要考虑免疫重建综合征的可能。

对治疗效果的评价，病毒载量检测最及时和准确，一般在治疗失败20天内就可以发现，CD_4^+T淋巴细胞计数出现明显下降，一般在治疗失败后6个月才出现。而临床治疗失败往往在病毒学失败1年以后才有表现。

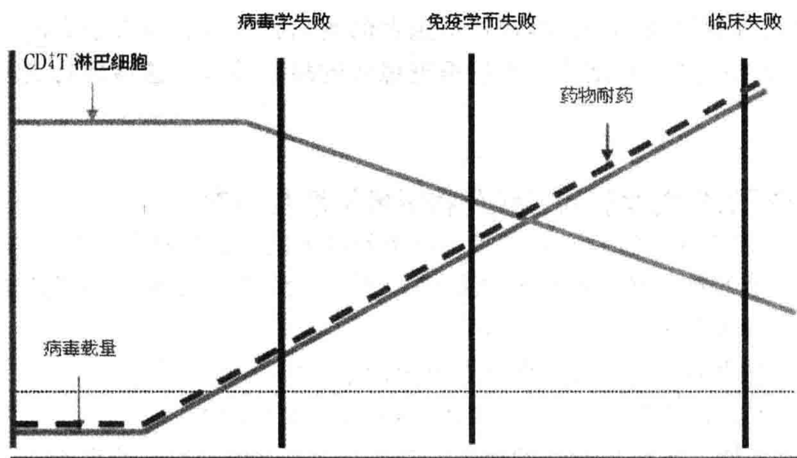


图8-2 病毒学失败、免疫学失败、临床失败出现的时间顺序

（一）艾滋病病人治疗依从性不良

抗病毒治疗的依从性对病毒抑制的效果，减少耐药发生，提高生存率和生活质量有着重要的作用。有研究显示依从性不佳和药物毒副反应能解释28~40%的治疗失败及方案中断。影响依从性的因素有很多，包括文化水平较低，某些年龄相关因素（如视力缺损、认知障碍），社会心理因素（如抑郁、无家可归、缺乏社会支持等），社会歧视，正在吸毒，服药困难（如药品吞咽困难、方案过于复杂、药片负担重、服药过于频繁、服药时对食物的要求等），药物毒副反应，等等，都有可能影响患者的依从性。因此对治疗失败的患者应首先评价其依从性。

对于因依从性欠佳而导致治疗失败的患者，应尽可能地找到其影响依从性的原因，帮助其解决并加强依从性教育，依从性提高后，尚未出现耐药的患者的治疗失败可得到改善，而对于因依从性问题已经导致耐药发生的患者，必须在依从性得到纠正之后对其更换二线药物。

（二）艾滋病病人治疗药物毒副反应

对治疗失败的患者应评价其对现用方案的耐受情况及毒副反应的严重程度和时程，需要注意，即使很小的毒副反应也有可能影响依从性而导致治疗失败。对于因毒副反应而出现治疗失败但尚未出现耐药的患者，处理原则包括：（1）对症处理（如止吐、止泻、抗过敏等等）（2）如果必要，将引起副反应的药物更换为其他药物。对于因毒副反应而出现治疗失败且已经出现耐药的患者应更换为二线药物，必要时对毒副反应进行治疗处理。

（三）艾滋病病人治疗药物代谢动力学问题

对治疗失败的患者应回顾其所用药物服药时的食物要求。回顾其近期的胃肠道症状（如呕吐、腹泻）以评价短期吸收不良的可能性。回顾其所有合并用药及饮食构成评价可能的药物相互作用，如果需要，更换或避免使用产生相互作用的药物和食物。

（四）艾滋病病人治疗耐药性

当怀疑患者已经出现耐药而导致整个治疗方案的失败时，应对患者进行耐药检

测。由于耐药有累积的趋势，因此评估患者的耐药程度时，应考虑之前的所有治疗用药史和之前的耐药检测结果，然后根据患者的耐药特点，选择药物更换二线治疗方案。

二　判断治疗失败后的二线药物更换标准及方案

已接受一线治疗的患者，必须具备以下条件才能考虑更换新的治疗方案：

1．确定患者具备良好的服药依从性，更换二线治疗方案不是紧急措施，之前必须评估患者依从性；

2．患者连续接受过一线治疗方案至少12个月以上。

3．现根据各地检测能力不同，制定相应换药时机标准。

（1）有条件进行耐药检测的地区，对于VL＞1000拷贝/ml的患者，建议对患者进行依从性评估和教育的同时，进行耐药检测。耐药检测显示出现耐药突变时，按耐药结果更换药物。

（2）没有条件进行耐药检测，可以进行病毒载量检测的地区，对VL＞5000拷贝/ml的患者，建议在确认依从性良好情况下，更换二线药物。

（3）不能及时得到病毒载量检测结果时，当患者出现免疫学失败，也可更换二线药物；免疫学失败的标准如下（至少满足下列标准之一）：

① CD_4^+ T淋巴细胞计数降低至或低于开始一线治疗前的基线水平（连续2次，间隔3个月以上)；

②连续2次（间隔3个月以上）CD_4^+ T淋巴细胞计数由治疗峰值下降>50%；

③对于连续接受治疗超过一年以上CD_4^+ T淋巴细胞计数没有达到过100个/ mm^3。（建议确认服药依从性，警惕免疫重建功能不良。）

4．鉴于药物更换时机的复杂性，现有的临床分期、CD_4^+ T淋巴细胞计数及VL尚不能完全准确地评估患者是否发生耐药，故应尽量争取为患者进行耐药检测。

三　成人/青少年二线治疗方案

必须重视对一线治疗方案及其依从性的支持，因为目前国家免费提供的抗病毒药物种类非常有限。患者要理解首次一线治疗是获得治疗长期成功的最好机会。对患者的支持措施包括基于社区的医务人员和专业教育者、支持组织，鼓励家庭成员或比较亲近的朋友帮助患者遵照医嘱服药。每次访视时都要进行依从性咨询和评估。早期发现各种原因引起的不遵照医嘱情况并迅速进行干预，能够显著减少病毒学失败和产生耐药机会。

在更换为二线药物之前，必须完成以下步骤：

1．检测病毒载量和CD_4^+ T淋巴细胞计数，确定存在治疗失败。

2．鉴别治疗失败是因为药物耐药或是毒副反应、依从性不好等其他因素。

3．如有条件做耐药检测，建议根据检测结果选择有效的药物。

4．咨询HIV临床治疗专家组，对每个怀疑治疗失败的患者进行具体分析，把详细情况记录在案。

HIV临床治疗专家组负责根据用药史尤其是既往应用抗病毒药物的情况，为每位治疗失败患者选择二线药物。如果患者没有早期通过病毒载量检测到病毒学治疗失败，而是在几个月后根据CD_4^+ T淋巴细胞下降或者出现临床疾病才诊断治疗失败时，患者有可能已经对多种NRTIs药物产生了耐药。此时不能仅将NNRTIs更换为一种蛋白酶抑制剂，而是要根据药物敏感检测结果为患者选择药物。两种蛋白酶组合具有较强的抗病毒效果，与其他两个药物（两个NRTIs）联合使用时，甚至可以在已经出现一定程度耐药的情况下再次完全抑制HIV。增效的PI代替NVP或EFV，是对治疗失败患者的一种新的有效的抗病毒药物组合，与增效PI联合应用的另外两种NRTIs中需要至少有一种是全新的药物。具体的成人／青少年二线抗病毒治疗推荐方案见表8-13。

表8-13　成人／青少年推荐的二线抗病毒治疗方案①

<table>
<tr><th colspan="3">目标人群</th><th>可能的二线方案</th></tr>
<tr><td rowspan="2">成人／青少年</td><td rowspan="2">原治疗方案</td><td>AZT/d4T+3TC+NVP/EFV
AZT/d4T+ddI+NVP/EFV</td><td>TDF+3TC+LPV/r②③</td></tr>
<tr><td>TDF+3TC+NVP/EFV</td><td>AZT+3TC+LPV/r</td></tr>
<tr><td>HIV/TB合并感染</td><td colspan="2">使用包含利福布汀的抗结核方案④
避免使用含有利福平的抗结核方案</td><td>二线方案选择同上</td></tr>
<tr><td>HIV/HBV合并感染</td><td>原治疗方案</td><td>TDF+3TC+NVP/EFV
AZT/D4T+3TC+NVP/EFV</td><td>AZT+TDF+3TC+LPV/r⑤
TDF+3TC+LPV/r</td></tr>
</table>

①此方案是在没有耐药检测的前提下，根据经验推荐的换药方案。在有条件做耐药检测的地区，应根据药敏的结果进行换药。当患者的耐药突变位点显示发生M184V位点突变时，仍可继续使用3TC。这种方案本质上虽然是二联疗法，然而M184V有可能使病毒致病性下降，而且变异病毒株对TDF更敏感，也许对患者有利；把3TC作为二线药物中组成部分的另一原因是该药为每日服用1次，药片负荷较轻。如仅有NNRTIs（非核苷类逆转录酶抑制剂）突变，而没有发生任何NRTIs（核苷类逆转录酶抑制剂）突变的，可以仅将NNRTI替换为LPV/r；如发生NRTIs高度耐药，虽然可能对TDF不敏感，仍可更换为TDF。由于耐药检测结果的解释比较复杂，建议由有经验的临床专家完成。已经更换为包括IDV方案的患者，直接将方案更换为TDF+3TC+ LPV/r。

②ABC也可以作为TDF替代，组合成ABC+3TC+LPV/r方案，但是这个组合在ABC尚未进入国家免费抗病毒药物名录之前，在成人/青少年中使用的可及性有困难。

③如果患者一线方案中曾经服用了ddI和3TC两种药物并产生了治疗失败（例如最初用AZT+ddI+NVP方案后来使用AZT+3TC+NVP方案），此时患者可能对ddI和3TC两者都产生了耐药，对于这些患者推荐二线方案应该为TDF+3TC+ LPV/r。

④利福布汀与利福平的疗效相当，但利福布汀与PIs药物的相互作用较少，因此仍然可以使用标准剂量的PIs药物。

⑤3TC和TDF都有抗乙肝病毒（HBV）活性。艾滋病合并肝炎患者治疗时，如果一线方案含有TDF和/或3TC，而二线方案中却不含有这两种药物时，可能会出现肝炎病情的再发或加重。对于目前接受含有TDF和/或3TC方案的患者在更换新方案时应该保留3TC和/或TDF，同时使用其他有活性的抗病毒药物。

四 其他注意事项

（一）药物毒副反应监测

决定使用TDF前，应检测肾功能，对于肾功能受损的患者可以在专家指导下根据肌酐清除率调整用量，使用TDF过程中也应每3~6个月都进行肾功能检测。目前TDF并没有被批准用于小于18岁患者。患者在使用ABC后应警惕超敏反应的发生，一旦诊断超敏反应，应禁止再次使用ABC。使用LPV/r的患者应注意监测血脂（包括甘油三酯及胆固醇等），另外因为血友病患者使用LPV/r可能加重出血倾向，因此要注意密切监测。具体毒副反应及处理原则参考药物毒副反应章节。

（二）复方新诺明的使用

对于治疗失败，患者CD_4^+ T淋巴细胞计数<200个/ mm^3时，需再次给患者使用复方新诺明预防性治疗，待CD_4^+ T淋巴细胞>200个mm^3并稳定3~6个月时方可停用。

（三）使用包含LPV/r方案时

如患者发生结核，因利福平减低LPV/r AUC 超过75%，应与专家探讨，选择采用利福布汀代替利福平、停止治疗或不使用含有利福平的方案等措施。

（四）关于药物的停用

对于合并HBV感染的患者停用包含TDF、3TC等药物时，应警惕HBV病毒反弹问题。停用包含克力芝的药物方案时，可以同时停用所有药物。

（五）如果对停药患者进行耐药检测，必须在停药后6周内完成。

五 婴幼儿和儿童治疗失败的判断

婴幼儿和儿童治疗失败的定义与成人相似，分别从病毒学、免疫学和临床三方面进行判断，尽量依据耐药和病毒载量进行判断：

1．对于VL>1000拷贝/ml的患儿，建议对患儿进行依从性评估和教育的同时，进行耐药检测。耐药检测显示出现耐药突变时，按耐药结果更换药物。

2．不能进行耐药检测时，治疗一年以上，VL>5000拷贝/ml，在确认依从性良好情况下，更换二线药物。

3．不能及时得到病毒载量检测结果时，当出现免疫学失败，也可更换二线药物；儿童治疗免疫学失败的标准如下（至少满足下列标准之一）：

（1）CD_4^+ T淋巴细胞计数或百分比降至治疗前的基线水平（连续2次，间隔3个月以上）

（2）连续2次（间隔3个月以上）CD_4^+ T淋巴细胞计数由治疗峰值下降50%或CD_4^+ T淋巴细胞百分比降至该年龄段的阈值以下

（3）连续接受治疗超过1年以上，CD_4^+ T淋巴细胞计数≤100/mm^3（5岁以上患者），或CD_4^+ T淋巴细胞计数≤200/mm^3或CD_4^+ T淋巴细胞百分比≤10%（5岁以下患者）。

表8-14	推荐儿童更换的二线药物方案
原一线方案	更换的二线药物方案
AZT/d4T + 3TC + NVP/EFV	ABC + 3TC + LPV/r
AZT/d4T + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + NVP/EFV
ABC + 3TC + NVP/EFV	AZT + 3TC + LPV/r
ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + NVP/EFV

第九节 艾滋病常见机会性感染的诊治与预防

一 肺孢子菌肺炎(PCP)

（一）诊断

1. 起病隐匿或亚急性，干咳，气短和活动后加重，可有发热、紫绀，严重者发生呼吸窘迫。

2. 肺部阳性体征少，或可闻及少量散在的干湿性罗音，体征与疾病症状的严重程度往往不成比例。

3. 胸部X线检查可见双肺从肺门开始的弥漫性网状结节样间质浸润，有时呈毛玻璃状阴影。

4. 血气分析显示低氧血症，严重病例动脉血氧分压（PaO2）明显降低，常在60mmHg（1mmHg=0.133kPa）以下。

5. 血乳酸脱氢酶常升高。

6. 确诊依靠病原学检查如痰液或支气管肺泡灌洗/肺组织活检等发现肺孢子菌的包囊或滋养体。

（二）治疗

1. 对症治疗。

卧床休息，吸氧，注意水和电解质平衡。

2. 病原治疗。

首选复方磺胺甲噁唑（复方新诺明，SMZ-TMP），轻—中度患者口服甲氧苄啶（TMP）20mg·kg/d，磺胺甲噁唑（SMZ）100mg·kg，分3～4次用，疗程2～3周。重症患者给予静脉用药，剂量同口服。SMZ-TMP过敏者可试行脱敏疗法。

3. 替代治疗。

克林霉素600～900mg，静脉滴注，每6～8小时1次，或450mg口服，每6小时1次；联合应用伯氨喹15～30mg，口服，1次/天，疗程21天。氨苯砜100mg，口服，1次/天；联合应用甲氧苄胺嘧啶200～400mg，口服，2～3次/天，疗程21天。或喷他脒，3～4mg/kg，1次/天，缓慢静脉滴注，疗程21天。



4. 激素治疗。

中重度患者PaO2<70mmHg或肺泡 动脉血氧分压差> 35mmHg，早期可应用激素治疗，泼尼松40mg，2次／天，口服5天，改20mg，2次/天，口服5天，20mg，1次/天，口服至疗程结束；静脉用甲基泼尼松龙剂量为上述泼尼松的75%。

5. 人工辅助通气。

如患者进行性呼吸困难明显，可给予人工辅助通气。

（三）预防

对CD_4^+ T淋巴细胞计数<200个／mm^3的成人和青少年，包括孕妇及接受ART者，首选SMZ-TMP，体重≥60kg者，2片／天，体重<60kg者，1片／天。若患者对该药不能耐受，替代药品有氨苯砜。PCP患者经ART使CD_4^+ T淋巴细胞增加到>200个／mm^3并持续≥6个月时，可停止预防用药。如果CD_4^+ T淋巴细胞计数又降低到<200个／mm^3时，应重新开始预防用药。

二　结核病

（一）诊断

艾滋病合并结核病的诊断需要结合临床表现、辅助检查、病理学检查以及影像学检查结果来进行综合判断，尤其要注意发生于HIV感染者的结核病在临床表现以及诊断方面有其自身特点，不能将一般结核病的诊断方法简单地套用于艾滋病合并结核病的诊断中，在进行诊断时应注意患者的免疫功能状态。

（二）治疗

艾滋病患者结核病的治疗原则与非艾滋病患者相同，抗结核药物使用时应注意与抗病毒药物之间的相互作用及配伍禁忌。治疗药物包括异烟肼（H）、利福平（R）、利福布汀（LB）、乙胺丁醇（E）、吡嗪酰胺（Z），根据情况也可选用对氨基水杨酸钠（PAS）、丁胺卡那（A）、喹诺酮类抗菌药物及链霉素（S）等。如果结核分枝杆菌对一线抗结核药物敏感，则使用异烟肼＋利福平（或利福布汀）＋乙胺丁醇＋吡嗪酰胺进行2个月的强化期治疗，然后使用异烟肼＋利福平（或利福布汀）进行4个月的巩固期治疗。对抗结核治疗的反应延迟（即在抗结核治疗2个月后仍有结核病相关临床表现或者结核分枝杆菌培养仍为阳性）或X线片上出现空洞的结核病患者，抗结核治疗疗程应延长至9个月。

（三）预防

如患者结核潜伏感染相关检测结果为阳性，可采用异烟肼300mg，1次／天口服，共9个月进行干预。

三　非结核分枝杆菌感染

艾滋病患者可并发非结核分枝杆菌感染，其中主要为鸟分枝杆菌（MAC）感染。

（一）诊断

MAC感染的临床症状与活动性结核病相似，但全身播散性病变更为常见。确诊

有赖于从血液、淋巴结、骨髓以及其他无菌组织或体液中培养出非结核分枝杆菌，并通过DNA探针、高效液相色谱或生化反应进行菌种鉴定。粪便或活检组织的抗酸染色涂片与培养以及影像学检查等可协助诊断。

（二）治疗

首次治疗为克拉霉素（500mg／次，2次／天）或阿奇毒素（600mg/天）＋乙胺丁醇（15mg·kg，分次服），重症患者可联合应用利福布汀（300～600mg/天）或阿米卡星（10mg／kg，肌肉注射，1次／天），疗程9～12月。替代治疗为利福布汀（300～600mg／天）＋阿米卡星（10mg／kg，肌肉注射，1次／天）＋环丙沙星（750mg／次，2次／天），疗程9～12月。其他分枝杆菌感染的治疗同结核病的治疗或根据具体鉴定的菌种采取相应的治疗措。

（三）预防

CD_4^+ T淋巴细胞＜50个／mm^3的艾滋病患者给预防性治疗，克拉霉素500mg／次，2次／天；或阿奇霉素，1200mg／周。如果患者不能耐受克拉霉素和阿奇霉素，可选择利福布汀，常规剂量为300mg，1次／天。如患者经HAART使CD_4^+ T淋巴细胞100个／mm^3并持续≥3个月时，可停止预防用药。一旦患者CD_4^+ T淋巴细胞＜50个／mm^3，就应再次给予预防性治疗。播散性MAC感染者在完成治疗（＞12个月）后，需要进行长期维持治疗（治疗方案与初始治疗方案一致）直至患者CD_4^+ T淋巴细胞达到100个／mm^3，并持续≥6个月。

四　巨细胞病毒（CMV）视网膜脉络膜炎

CMV感染是艾滋病患者最常见的疱疹病毒感染。CMV可侵犯患者多个器官系统，其中视网膜脉络膜炎是艾滋病患者最常见的CMV感染。

（一）诊断

临床常见的表现为快速视力下降，眼底镜检查可确诊。

（二）治疗

更昔洛韦10～15mg·kg，分2次静脉滴注；2～3周后改为5mg·kg，1次／天静脉滴注，或20mg·kg（分3次口服），或膦甲酸钠180mg·kg／天，分2～3次应用（静脉应用需水化）；2～3周后改为90mg·kg静脉滴注，1次／天。病情危重或单一药物治疗无效时可二者联用。CMV视网膜炎可球后注射更昔洛韦。

（三）预防

CMV感染不主张进行一级预防。对于CD_4^+ T淋巴细胞＜200个／mm^3患者，可定期检查眼底。一旦出现CMV病，应积极治疗，在疾病控制之后需序贯用药以预防复发。在经HAART后CD_4^+ T淋巴细胞＞100个／mm^3且持续6个月以上时可以考虑停止预防给药。

五　弓形虫脑病

（一）诊断

临床表现为局灶或弥漫性中枢神经系统损害。头颅CT呈单个或多个低密度病

灶，增强扫描呈环状或结节样增强，周围一般有水肿带。MRI表现为颅内多发长T1和长T2信号。确诊依赖脑活检。

（二）治疗

病原治疗可首选乙胺嘧啶（负荷量100mg，口服，2次／天，此后50～75mg／天维持）＋磺胺嘧啶（1～1.5g，口服，4次／天）。替代治疗选SMZ-TMP（3片，3次／天，口服）联合克林霉素（600mg／次，静脉给药，每6小时给药1次）或阿奇霉素（0.5g，1次／天静脉给药）。疗程至少6周。对症治疗采取降颅压、抗惊厥、抗癫痫等。

（三）预防

对无弓形虫脑病但$CD4^+$ T淋巴细胞＜100个／mm^3且弓形虫抗体IgG阳性的患者应给予预防用药，一般采用SMZ-TMP，2片／次，1次／天。对既往患过弓形虫脑病者要长期用乙胺嘧啶（25～50mg／天）联合磺胺嘧啶（2～4g／天）预防，直至CD_4^+ T淋巴细胞＞200个／mm^3并持续≥6个月。一旦CD_4^+ T淋巴细胞＜100个／mm^3，需重新开始预防用药。

六　真菌感染

（一）诊断

临床上常见的是假丝酵母菌感染和新生隐球菌感染。诊断依靠临床表现或感染部位发现病原体。血液或脑脊髓液隐球菌乳胶凝胶试验可辅助诊断新型隐球菌感染。

（二）治疗

1. 假丝酵母菌感染。

口腔假丝酵母菌感染首选制霉菌素局部涂抹加碳酸氢钠漱口水漱口，疗效不好可口服氟康唑，首剂200mg，后改为100mg／次，2次／天，疗程7～14天。食道假丝酵母菌感染选氟康唑首剂400mg口服，后改为200mg／天口服，不能耐受口服者静脉使用氟康唑（400m／天），疗程为14～21天。肺部假丝酵母菌感染首选两性霉素B（0.6～0.7mg·kg／天），也可选用氟康唑（6mg·kg／天）口服或静脉滴注，疗程通常为3～6个月，影像学上肺部病灶吸收或钙化可停药。重症患者氟康唑可增加剂量和延长疗程。非白色假丝酵母菌或耐药假丝酵母菌感染可选用卡泊芬净、伏立康唑、伊曲康唑或两性霉素B。

2. 新型隐球菌感染。

病原治疗分为诱导期、巩固期和维持期三个阶段，诱导期治疗经典方案为两性霉素B＋5氟胞嘧啶。两性霉素B从每天0.02～0.1mg／kg开始，逐渐增加剂量至0.5～0.75mg／kg，最高剂量不超过50mg／天，两性霉素B不良反应较大，需严密观察。不能耐受者可用两性霉素B脂质体。5氟胞嘧啶每日100～150mg／kg，分3～4次口服。诱导治疗期至少2周，在脑脊髓液培养转阴后改为氟康唑400mg／d进行巩固期治疗，巩固治疗期至少8周，而后改为氟康唑200mg／d进行维持治疗，维持期至少1年，至患者通过抗病毒治疗后CD_4^+ T淋巴细胞＞200个／mm^3 并持续至少6个月时可停药。诱导期替代方案为氟康唑400mg／天＋5氟胞嘧啶。脑脊髓液

达到治愈标准后可改用氟康唑200mg／次，1次／天，预防复发。降颅压治疗首选甘露醇，颅压不易控制者可行腰椎穿刺术帮助降低颅压，重症者可行侧脑室外引流或脑脊髓液脑室腹腔分流术。

3. 肺隐球菌感染。

推荐使用氟康唑，400mg／天口服或静脉滴注，疗程6～12个月，如抗病毒治疗后CD_4^+ T淋巴细胞＞100个／mm^3在治疗1年后停止氟康唑维持治疗。

（三）预防

一般不推荐一级预防。如患者反复出现假丝酵母菌感染或感染的程度较重，可考虑预防用药，首选氟康唑200mg／次，1次／天，口服。对于曾患隐球菌感染的患者需长期维持治疗以防止复发，首选氟康唑200mg／次，1次／天，口服，也可使用同剂量的伊曲康唑替代。当患者的CD_4^+ T淋巴细胞＞200个／mm^3并持续至少6个月时，可停止预防用药。当CD_4^+ T淋巴细胞＜200个／mm^3时，需再次给予预防性治疗。

第十节 艾滋病免疫重建综合征

免疫重建综合征，又称免疫炎性重建综合征（immune reconstrution inflammatory syndrome，IRIS），是指开始HAART的HIV感染者中，在免疫学及病毒学指标好转的情况下，由于治疗前机体内机会性感染病原体的存在，从而产生的一组炎性异常反应，导致临床情况反常性恶化。

可导致IRIS相关的感染可能在治疗前已经明确诊断且已经过或正在治疗，或可能为潜伏感染而当机体免疫应答功能恢复后才暴露出来。部分患者的机体免疫功能在抗病毒治疗后迅速好转，导致全身性或局限性炎性反应在存在感染病原体的部位出现。这种炎性反应通常是自限性的，但当炎性反应累及神经系统时，则可能出现长期甚至是致命的不良后果。

一 免疫发病机制

IRIS发生几率及严重程度与两个相互关联的因素有关：1. 应用ART前CD_4^+ T淋巴细胞计数降低的水平；2. 应用ART后病毒抑制和免疫功能恢复的程度。HIV感染可进行性破坏机体免疫系统功能。根据免疫重建理论，应用ART后一般外周循环CD_4^+ T淋巴细胞计数的恢复呈双相过程。在最初3到6个月，CD_4^+ T淋巴细胞计数呈快速增长。这一增长被认为主要由于淋巴细胞凋亡的降低和外周淋巴组织内淋巴细胞向外周循环内的再分布。增长的细胞以CD_4^+ T淋巴细胞 CD45RO+ 记忆T细胞为主。随后，CD_4^+ T淋巴细胞的恢复速度减慢，主要增长细胞以CD_4^+ T淋巴细胞 CD45RA+CD62L ＋ 纯真T细胞为主。伴随着抗病毒治疗后T细胞数量的增加，淋巴细胞增殖功能和致病原特异性的延迟超敏反应应答功能也随之增强。研究表明：应用ART三周后，HIV感染者体外淋巴细胞增殖

功能可提高3～4倍。对一组HIV感染者的研究显示：治疗前90%对皮试无应答，治疗12周后30%患者恢复对皮试抗原的应答能力。观察结果表明：起始治疗时CD_4^+ T淋巴细胞计数较低而治疗后病毒学及免疫功能恢复较快的患者人群IRIS的发生率高。另外，也有研究显示某些种类的抗病毒药物可增加IRIS发生风险。一项病例对照研究显示IRIS的发生风险主要与应用增强型蛋白酶抑制剂，起始治疗时CD_4^+ T淋巴细胞计数低于100个 /mm^3及治疗后血浆病毒载量降低大于2.5个log值等因素有关。体外观察发现：蛋白酶抑制剂对T细胞的淋巴增殖和凋亡功能有免疫调节作用。同时这类药物还可促进巨噬细胞分泌IL-6及TNF-α等促炎性细胞因子。因此，除控制病毒复制外，可能存在多种机制使得患者应用蛋白酶抑制剂IRIS的发生风险增加。

二　流行病学

病例总结分析显示，应用HAART的患者中出现一项及一项以上IRIS相关表现的患者比例可达30%。一个单中心回顾性分析研究表明，IRIS的发病率主要取决于两方面：1．应用HAART前机会性感染存在的患者比例；2．治疗后病毒学和免疫学显著改善的比例。最常见的相关机会性感染病毒包括：带状疱疹病毒（22%），结核分枝杆菌（20%），鸟分枝杆菌（17%），巨细胞病毒（12%）和隐球菌（6%）。

三　临床表现

IRIS的临床表现特点与患者体内存在的机会性感染类型和部位密切相关。这种感染在ART开始前可能为潜伏感染。IRIS的症状表现可以是局限性的也可以是全身性的。大约3/4结核或隐球菌感染相关IRIS患者会出现发热，但巨细胞病毒感染相关IRIS患者极少出现发热。由于不同机会性感染相关的IRIS临床表现各异，因此以下将对常见感染相关IRIS的特点进行分别描述。

四　诊断要点

IRIS的诊断是除外性诊断，目前尚无明确的诊断共识，虽然临床上可以考虑通过寻找潜在机会性感染的病原来协助诊断，但主要依靠专科医师的临床判断。诊断要点一般需符合以下几点：

◇ 患者开始抗病毒治疗前CD_4^+ T淋巴细胞计数低于100个/mm^3（结核相关IRIS可发生于治疗前CD_4^+T淋巴细胞计数大于200个/mm^3的患者）。

◇ 应用HAART后病毒学及免疫学指标改善（定义为治疗8周后HIV病毒载量降低1到2个log值以上并且CD_4^+ T淋巴细胞计数升高至基线值的2倍及以上，或计数升高50个/mm^3及以上且总数达到100个/mm^3及以上）。

◇ IRIS患者的临床表现个体差异较大。多数患者在应用HAART后的前2到3个月内发病，但有时可发生于开始抗病毒治疗后的几天或几周内，也可能发生于治疗后的1到3年内。如果起病时间晚，则应充分注意其他诊断可能。

◇ 临床表现反映机体存在某种炎性反应。

◇ 临床评估后可除外耐药、合并细菌感染、药物过敏反应（如核苷类反转录酶抑

制剂阿巴卡韦的超敏反应易与IRIS表现混淆。但药物反应患者症状在每次用药后都有加重，以此可作鉴别）或其他药物副作用、依从性差以及由于药物相互作用或吸收不佳引起的药物浓度的下降等情况。

五 治疗原则

（一）开始应用ART的时机

原则上，如果患者潜在机会性感染是可以治疗的，一般须立刻开始抗感染治疗。但对于此时开始抗病毒治疗的时机选择目前尚不明确。有学者认为早期抗病毒治疗可降低AIDS相关病死率，但也有学者认为延缓加用抗病毒治疗可降低IRIS发生风险。近期一项随机的临床四期研究将患者分为早期开始抗病毒治疗（开始抗机会性感染治疗14天内）和延迟抗病毒治疗 （28天后开始）。研究结果（该项研究未将合并结核患者包括在内）显示：两组在临床疗效和IRIS发生风险方面无显著性差异，但早期开始接受抗病毒治疗组死亡率及AIDS进展率显著低于延迟抗病毒治疗组。因此，目前为止，临床证据显示对于合并机会性感染患者可能需早期开始抗病毒治疗。

（二）IRIS的治疗原则

当患者出现IRIS时，须开始或加强针对潜在机会性感染病原的治疗。对于正在接受抗病毒治疗的患者，出现IRIS后，如果没有产生严重后遗症或致死性的风险，应继续抗病毒治疗。一般轻中度炎性症状可随时间自行缓解。但如出现一些可威胁生命的IRIS相关综合征（如纵膈附近进行性增大肿块压迫气道），患者的抗病毒治疗则需在认真评估后决定是否中止。中止后可在接受一段时间抗机会性感染治疗后再考虑恢复。但如潜在机会性感染目前没有有效治疗方法（如PML）则只能继续应用ART。

多个病例报道指出皮质类固醇或非甾体类抗炎药在治疗IRIS中可发挥辅助抗炎效果。但由于缺少临床试验证据，因此在应用皮质类固醇时必须对可能风险和副作用进行充分评估。一般起始治疗时可给予足量强的松（1mg/kg/日，最大不超过60～80mg）或地塞米松（8～16mg/日，分2次）。在10～14天后，根据临床症状的控制情况可开始逐渐减量，注意警惕反弹。

六 预防措施

对于明确合并PCP、结核、HBV及隐球菌感染等机会性感染的患者，由于目前存在针对这些感染明确有效的治疗手段，因此认为在应用ART前提前1~2个月开始针对机会性感染病原的治疗可降低致病微生物的负荷，从而降低IRIS的发生风险。回顾性队列分析结果显示：在合并结核感染的HIV感染者，尤其CD_4^+ T淋巴细胞计数低于100个/mm^3的患者中，当不应用ART，仅接受抗结核治疗时，则在治疗的前两个月，死亡率和机会性感染的发生率均有所升高。因此综合考虑降低IRIS的发生风险，以及死亡率和其他机会性感染的发生风险，对于合并结核感染且CD_4^+ T淋巴细胞计数低于100个/mm^3的患者，建议开始抗结核治疗两周左右即开始应用ART。而在CD_4^+ T淋巴细胞计数高于100个/mm^3的患者中，可在开始抗结核治疗两个月左右开始抗病毒治疗，从而降低IRIS的发生风险。

对于某些除ART外尚缺少其他有效治疗方案的机会性感染（例如PML），尽管存在出现IRIS风险，但应用ART是目前最佳治疗方案。目前无证据表明在这类患者中应用ART前必须常规应用激素。因此，除非出现IRIS症状表现，激素不作为常规使用。在合并HBV感染的患者中，推荐ART方案中包括拉米夫定和/或泰诺福韦从而达到同时抑制HIV和HBV作用。在给予CD_4^+ T淋巴细胞计数较低的患者应用HAART前，须进行详细的病史采集和查体，寻找可能存在的机会性感染的线索，必要时开展诊断性检查。

参考文献：

1. Levy JA. HIV-1 and the Pathogenesis of AIDS, Second edition

2. 张兴权、范江主编. 艾滋病毒感染与艾滋病，北京：人民卫生出版社，1999

3. John G., Bartlett M.D.,Joel E.Gallant M.D. Medical Management of HIV-1 Infection. 2004 Edition pp1

4. Barre~Sinoussi F, Chermann JC, Rey MT, et al. Isolaton of a T~lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS.) Science 1983, 220: 868~871

5. Graf M, Shao Y, et al. Cloning and characterization of a virtually full~length HIV-1 type 1 genome from a subtype B'~Thai strain representing the most prevalent B~clade isolate in China. AIDS Res Hum Retroviruses 1998, Feb 10; 14（3）:285~8

6. Dragic T, Litwin V, Allaway GP, et al. HIV-1 entry into CD_4^+ cells is mediated by the chemokine receptor CC~CKR~5. Nature 1996, 381:667~673

7. Chaisson RE, Keruly JC, Moore RD. Race,sex,drug use,and progression of human immunodeficiency virus disease. N Engl J Med 1995, 333:751~756

8. Ho DD, Neumann AU, Perelson AS, et al. Rapid turnover of plasma virions and CD_4 lymphocytes in HIV-1 infection. Nature 1995, 373:123~126

9. Autran B, Carcelain G, Li TS, et al. Positive effects of combined antiretroviral therapy on CD_4^+ T cell homeostasis and function in advanced HIV-1 disease. Science 1997, 277:112~16

10. Harry L. Loachim Pathology of AIDS. Philadelphia : J.B.Lippincott Company, 1989

11. K.G.Castro,J.W.ward,L.Slutsker,et al. 1993 revised classification system for HIV-1 infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 41:1~19

12. Regional Office for South-East Asia. World Health Organization. New Delhi Clinical aspects of HIV-1/AIDS, 2002

13. Daar E Little S, Pitt J, et al. Diagnosis of primary HIV-1 infection. Ann Intern Med 2001, 134:25~29

14. Jane M Ingham, Maria Farooqi. Assessment of Physical Symptoms.A clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV-1/AIDS. U.S. Department of Health and Human

Services. 2003

15. 国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册（第三版），北京：人民卫生出版社，2012年

16. 中国艾滋病诊疗指南（草案），2004

17. 中华人民共和国卫生部，中华人民共和国卫生行业标准：艾滋病和艾滋病病毒感染诊断标准，WS 292~~2008

18. World Health Organization, 2006. WHO case definitions of HIV-1 for surveillance and revised clinical staging and i/mlunological classification of HIV-1~related disease in adults and children. http://www.who.int/HIV-1/pub/guidelines/HIV-1staging/en/, 14~16

19. World Health Organization. WHO case definitions of HIV-1 for surveillance and revised clinical staging and i/mlunological classification of HIV-1-related disease in adults and children. 2007

20. Accessed from http://www.who.int/HIV-1/pub/en/index.html July 2008

21. World Health Organization. Antiretroviral therapy of HIV-1 infection in infant and children: towards universal access. Recommendations for a public health approach. 2007. http://www.who.int/HIV-1/pub/en/index.html July 2008

22. World Health Organization. Report of the WHO Technical Reference Group, Paediatric HIV-1/ART Care Guideline Group Meeting. http://www.who.int/HIV-1/pub/meetingreports/art_meeting_april2008/en/index.html September 2008

23. Grirard P M, Katlama C, Pialoux G. VIH, Edition 2001

24. Weverling GJ, Lange JM, Jurriaans S,et al. Alternative multidrug regimen provides improved suppression of HIV-1 replication over triple therapy. AIDS 1998, 12（11）: F117~F122

25. US Public Health Service, Infectious Diseases Society of America, Prevention of Opportunistic Infections Working Group. 2008 USPHS/IDSA guidelines for the prevention of opportunistic infections in persons infected with human i/mlunodeficiency virus. Infect Dis Obstet Gynecol. 2009

26. Murri R, et al. JAIDS. 2006; 41:23~30

27. Losina E et al, 15th CROI 2008, #823

28. Pillay D, et al. 14th CROI, Los Angeles 2007, #642

29. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/

思考题：

1. 一个人感染HIV-1后可以活多久？
2. 什么是艾滋病（AIDS）？感染HIV-1和AIDS有什么不同？
3. HIV-1感染的急性症状有哪些？



4．艾滋病常见症状有哪些？

5．为什么叫机会性感染？哪些病是机会性感染？

6．儿童HIV/AIDS的临床表现有哪些？

7．HIV-1感染后的自然发病过程是怎样的？

8．常用抗艾滋病毒药有哪些？如何分类？

9．如何选择抗艾滋病药物及其处方？

10．儿童感染HIV-1的诊断和治疗原则是什么？

11．何谓免疫功能重建？有何临床意义？

12．什么情况下需要更换治疗方案？怎样更换？

13．如何评估HIV职业暴露及进展预防性用药？

14．耐药有哪些表现？

（周曾全　劳云飞）

第九章 预防艾滋病母婴传播

本章主要介绍HIV母婴传播现状、HIV母婴传播的影响因素、预防婴幼儿HIV感染综合策略，结合中国预防HIV母婴传播的实际，重点介绍预防HIV母婴传播干预措施中为母亲和婴儿提供抗病毒药物、产时安全分娩助产服务和产后婴儿保健服务。

第一节 艾滋病母婴传播与危险因素

一 艾滋病母婴传播的概念

艾滋病母婴传播（mother to child transmission of HIV，MTCT）是艾滋病病毒感染的妇女在怀孕、分娩或产后哺乳等过程中将艾滋病病毒（HIV）传染给胎儿或婴儿，导致胎儿或婴儿感染的过程。艾滋病母婴传播又称母婴垂直传播。

（一）艾滋病母婴传播的态势

据联合国艾滋病规划署（UNAIDS）报道，2009年全球艾滋病病毒感染者数量为3300万，每天新增约1000名15岁以下艾滋病儿童，已累计达250万。儿童感染艾滋病，90%是基于母婴传播。截至2011年底，估计中国存活艾滋病病毒感染者和艾滋病病人（PLHIV）78万人，估计2011年当年新发HIV感染者4.8万人。全国报告的女性感染者和病人数占当年报告总数的比例从1998年的15.3%上升到2011年的28.6%，女性感染比例的升高以及感染者的年轻化增加了母婴传播的可能，预示了儿童艾滋病病毒感染人数增加的巨大危机。全国超40万儿童受艾滋病的影响。儿童艾滋病感染者逐年增多，严重威胁儿童的健康，并由此带来沉重的家庭和社会负担。

（二）艾滋病母婴传播途径

母婴传播的主要途径有3条：一是HIV感染妇女在孕期艾滋病病毒经胎盘感染胎儿，二是在生产过程中胎儿通过母亲产道时感染，三是产后母乳喂养艾滋病病毒经母乳感染婴儿。

（三）艾滋病母婴传播率

据世界卫生组织估计，在不采取任何干预情况下，艾滋病母婴传播率为20%～45%。各传播途径感染率见图9-1。



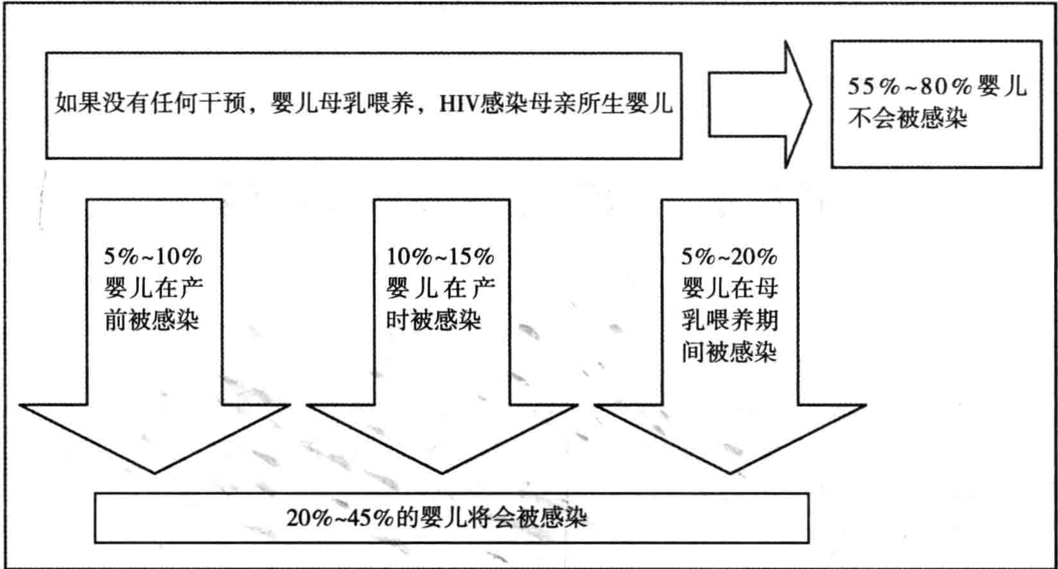


图9-1　HIV感染孕产妇所生婴儿HIV感染情况

在不同国家，艾滋病母婴传播概率不尽相同，在未干预情况下，母婴传播在发达国家为15%~25%，发展中国家为25%~35%，欧洲为10%~15%，美国为20%~30%，非洲约为25%~50%。中国HIV-1母婴传播率高于发达西方国家，与亚非发展中国家相似。母婴传播已成为15岁以下儿童HIV感染的最主要途径，但如果进行综合干预后，母婴传播率可降至2%以下。

二　HIV母婴传播的危险因素

一般认为艾滋病母婴传播的发生与否主要与病毒、母体、产科、胎儿、婴儿等因素有关。影响母婴传播的重要危险因素有：母亲艾滋病病情程度、母亲的病毒载量、CD_4^+ T淋巴细胞水平、母乳喂养、分娩方式、母亲产道的黏膜是否破损、产时是否有医源性原因造成的新生儿皮肤粘膜损坏，其中最重要的危险因素是母亲的病毒载量。

表9-1　能增加艾滋病母婴传播危险的孕产妇和婴儿因素

孕期	产时	母乳喂养
○母亲血液病毒载量高（新感染或艾滋病期） ○病毒、细菌或原虫感染，例如疟疾 ○性传播感染（STIs）	○母亲血液病毒载量高（新感染或艾滋病期） ○胎膜早破超过4小时① ○分娩过程中的侵袭性操作可能增加胎儿接触母体HIV感染的血液或体液（例如会阴侧切、人工破膜） ○绒毛膜-羊膜炎（由未治疗的性传播感染或其他感染引起） ○早产 ○低出生体重	○母亲血液病毒载量高（新感染或艾滋病期） ○母乳喂养时间长 ○混合喂养（喂水，喂其他液体，或母乳喂养再增加固体食物） ○乳房脓肿、乳头皲裂、乳腺炎 ○婴儿口腔疾病（例如鹅口疮、疼痛）

①研究发现母亲胎膜早破超过4小时会增加艾滋病母婴传播率，破膜时间越长，感染的危险性越高。

（一）病毒因素

艾滋病病毒分HIV-1型和HIV-2型，其中HIV-1型占母婴传播的90%。HIV-1又划分为M、O、N组，M组包括9个基因亚型。目前全球流行绝大多数毒株是M组中的C、A亚型毒株，其次是B亚型毒株。中国主要为B/C重组型，LaRussa博士认为HIV-1的表型与母婴传播有关。

许多研究表明，艾滋病临床分期越晚，CD_4^+T淋巴细胞计数越低，病毒载量越高都会使母婴传播的几率增加，尤其是高病毒载量，母婴传播的几率随着病毒载量的上升而稳定地上升。虽然母体的病毒载量水平与HIV-1的母婴传播密切相关，但传播和非传播之间没有明确的临界值。HIV感染的不同时期，母亲病毒载量的水平不同，母亲在怀孕期间感染艾滋病毒，其母婴传播的几率明显高于母亲在怀孕前感染艾滋病毒所致的母婴传播几率。

（二）产科因素

分娩过程中的侵袭性操作可能增加胎儿接触母体HIV感染的血液或体液，例如：会阴侧切、人工破膜、羊水穿刺操作、胎儿镜检查、胎儿头皮电极、产钳或吸引器助产等。绒毛膜-羊膜炎，胎盘可能因并发其他病原体的感染而增加其“通透性”导致母婴传播率增加。绒毛膜-羊膜炎已经被证实与母婴传播几率的增加是有关联的。然而，在马拉维和乌干达的两个试验，在怀孕期间使用甲硝唑及抗生素以观察是否能降低通过胎盘的传播及随后的传播，发现都是无效的。胎膜早破超过4小时是母婴传播的危险因素。产程短于平均产程者，母婴传播的发生率显著低于长于或等于平均产程者。择期剖腹产可使胎儿对阴道分泌物的暴露时间降到最低，从而降低产时的病毒传播。欧洲一项里程碑式的试验表明：与阴道分娩相比，剖宫产可以降低50%的母婴传播几率；试验还发现，被迫急诊剖宫产的母婴传播率不比阴道分娩低。早产、低出生体重是母婴传播的危险因素，新生儿的性别则与传播无关。

（三）喂养方式

产后母乳喂养可造成艾滋病病毒母婴传播。母乳喂养是第一个被证实也是一直被关注的始终与传播率上升相关的危险因素。艾滋病病毒感染孕妇的乳汁中艾滋病病毒的检出率高达58%。当产妇患有乳腺炎、乳头皲裂、乳房脓肿等乳腺疾病时，母婴传播的几率明显增加。

> 1994年Semba等在马拉维的研究发现，母婴传播的几率和维生素A水平有负相关关系。国内的研究也报道维生素A缺乏与艾滋病毒的母婴传播有关联；然而，该结果在Fawzi和Coutsoudis的随机临床试验中没能得到证实。

第二节　预防艾滋病母婴传播

一　预防婴幼儿HIV感染综合策略

为抗击艾滋病母婴传播，2003年UNAIDS和WHO发布并推广了预防婴幼儿HIV感



染的四管齐下的综合策略（见表9-2）。该综合策略建议了一套关键的干预措施，作为孕产妇、新生儿和儿童保健服务一并实施的必不可少的组成部分。该综合策略不仅关注HIV感染妇女，而且，关注她们的配偶，关注HIV抗体状况不明或抗体阴性的父母双方。综合策略包含了4个方面：第一，HIV感染的一级预防，预防育龄夫妇感染HIV。第二，提供一级预防干预服务及生殖健康相关服务，让妇女对未来生育做出知情决定，防止非意愿妊娠。第三，对已经感染的孕妇，提供抗逆转录病毒药物，以防婴幼儿感染；并对婴儿最佳喂养方式提供适当指导。第四，对HIV抗体检测结果呈阳性的妇女及其家人提供更好的关怀、治疗和支持服务。在许多国家，前两项策略不仅有利于妇女，而且，能够将婴幼儿感染比例减少35%~45%。而综合策略中的前三个方面措施可以将婴幼儿感染艾滋病的比例降到2%~12%。

表9-2　预防婴幼儿HIV感染综合策略

策略	目标人群	附加说明
策略1：HIV感染一级预防	处于性活跃期的女性及男性	该策略旨在预防女性和男性感染HIV。如果能够预防新发感染的发生，则可减少妇女HIV感染和婴儿受到HIV暴露的可能性。
策略2：预防HIV感染妇女非意愿妊娠	HIV感染妇女	该策略针对HIV 感染妇女的长期计划生育以及避孕需求。
策略3：预防HIV感染妇女将病毒传播给她们的婴儿	HIV感染妇女	该策略关注于： 产前、产时和产后各时期获得HIV抗体检测与咨询服务； 提供抗逆转录病毒药物给母亲和婴儿； 提供安全的助产服务，以减少婴儿艾滋病暴露的危险性； 对婴儿更安全的喂养方式提供咨询和支持。
策略4：对HIV感染妇女及她们的孩子和家人提供艾滋病治疗、关怀和支持服务	HIV感染妇女及其孩子和家人	该策略重视对HIV感染妇女、她们的孩子和家人的治疗、关怀和支持服务。

（一）策略一：HIV感染一级预防

预防HIV感染是控制疾病传播，减少对个人、家庭和社会影响的最有效办法。确保性活跃期的妇女和男士不被感染，预防HIV感染的工作必须始终作为国家应对艾滋病综合策略中的主要内容。可加强一级预防干预服务与生殖健康相关服务的结合，如孕前保健、产前保健、产后护理及其他健康保健服务，其中包括社区工作。健康性观念“ABC”是一项重要的预防HIV传播策略，预防策略还包含预防和早期治疗性传播感染、艾滋病的检测与咨询、对HIV抗体阴性妇女和男性的咨询、男性包皮环切、对HIV单阳家庭的阳性配偶抗病毒治疗、预防HIV血液传播等。

健康性观念 “ABC”原则	
A＝	禁欲 —— 节制性欲或推迟首次性行为时间
B＝	忠诚 —— 对配偶忠诚，同时也是双方忠诚，一夫一妻制
C＝	安全套 —— 坚持正确使用安全套

（二）策略二：预防HIV感染妇女非意愿妊娠

计划生育是预防妇女和儿童感染HIV综合策略的一个重要组成部分。通过计划生育减少婴幼儿HIV感染和死亡的代价显著小于通过策略三和策略四来减少婴幼儿HIV感染和死亡所付出的代价。再者，计划生育通过帮助妇女预防非意愿妊娠产生了根本性的效果，有效地挽救了生命，提升了妇女及其家庭成员的健康状态。

该策略能够使妇女及丈夫了解有效的计划生育措施，预防非愿意妊娠，延长生育间隔，帮助HIV感染妇女在照顾家人的同时，保护自己的健康。提供安全有效的计划生育和高质量的生育健康咨询对妊娠结局的选择起到重要作用，是减少孕产妇及儿童发病率和死亡率的重要措施。

策略二的主要内容

◇预防非意愿妊娠。

◇讨论正确使用安全套，让安全套发挥预防非意愿妊娠和性传播性感染的双保险功能。

◇获得紧急避孕计划生育服务。

◇被转介到治疗、关怀和支持提供处。

HIV感染妇女及其家人的计划生育咨询。计划生育咨询应该是敏感的、隐秘的，并显示出对接受服务者权利的尊重。艾滋病检测和咨询方法已在第四章介绍，但是，作为一个普遍的原则是咨询应采取中立、支持的态度，而且应提供综合的、真实的、公正的信息。如果可能，鼓励妇女和她的性伴一起参加计划生育咨询。妇女需要帮助建立沟通技巧，与性伴一起找到适当的办法应对敏感情况。适当的时候，健康工作者应该与妇女和她的性伴双方会面，或与妇女或者其性伴单独会面。总的来说，HIV感染妇女的计划生育咨询过程包括以下三个步骤。

第一步：讨论HIV与怀孕。

HIV感染妇女的计划生育咨询应该从讨论HIV与怀孕开始，并包括以下的要点：（1）研究显示怀孕并不会加速HIV/AIDS的发展。然而，进入艾滋病期的妇女，特别是如果没有得到适宜治疗的妇女，在孕期、产时和产后有发生更多产科并发症的危险，包括：流产、死产、早产、低出生体重、细菌性肺炎、尿道感染及其他疾病的危险，也增加产褥感染的危险。HIV感染孕妇的怀孕结果不如未感染孕妇的好。（2）HIV感染妇女可能在孕期、分娩、母乳喂养时把HIV传播给她的孩子。对于HIV感染妇女，产前保健、有效地利用艾滋病母婴传播阻断干预服务、并对HIV感染进行治疗对她们非常重要。（3）在决定要孩子之前，HIV感染孕妇需要考虑的是照顾和抚养孩子的现实，尤其是如果孩子患病，甚至是感染了HIV时如何应对的问题。

第二步：帮助当事人选择避孕方式。

（1）安全套具有双重的防护作用——既可以用来避孕，也可以预防大多数性传播感染和HIV的进一步传播。HIV感染的孕妇需要不断预防性传播感染。（2）激素避孕药。激素避孕和某些抗病毒治疗药物具有拮抗作用。服用利福平治疗肺结核的妇女，在服用利福平时通常需要用安全套来避孕，因为利福平会降低某些激素避孕药（如口服、长效注射或皮埋避孕药）的效果。（3）宫内节育器对于正在接受抗病毒治疗（antiretroviral therapy，ART）和有症状或轻微体征的HIV感染妇女避孕是成功的，但加大了HIV病毒传播危险。（4）杀精剂或子宫帽，由于加大了HIV病毒传播危险，



感染的妇女不应使用这种方法。（5）安全期避孕法，由于月经周期的改变和体温的升高，对于AIDS或在进行ART的妇女既困难，又不可靠。（6）哺乳期闭经是一个暂时的避孕方法，应该努力寻求其他的方法使妇女实现计划生育的愿望。（7）绝育对于没有更多生育意愿的妇女是一个极好的、长久的计划生育方式。需要强调的是除采用安全套避孕外，其他避孕措施都可能增加HIV传播的危险。

第三步：讨论HIV与生育问题。

HIV可能降低大约40%的生育力，但是ART可以提高生育力。正在接受ART的妇女应该知道她们的生育力有恢复的可能性。感染的男性较HIV抗体阴性的男性更容易出现精子数量减少和精液质量差的情况。

（三）策略三：预防HIV母婴传播干预措施

预防HIV母婴传播（prevention of mother to child transmission of HIV, PMTCT）首先要识别HIV 感染孕产妇，并为HIV感染孕产妇及所生儿童提供有效的干预措施。预防艾滋病母婴传播干预措施的核心内容见表9-3。

表9-3 PMTCT 核心内容

干预措施	干预措施目标
产前、产时、产后针对孕妇、配偶及群体的HIV检测与咨询	提供HIV及预防艾滋病母婴传播的信息 宣传孕期安全性行为的重要性 为孕产妇提供HIV抗体检测服务，识别HIV感染孕产妇
为母亲和婴儿提供抗反转录病毒药物	减低孕产妇病毒载量，预防胎儿、婴儿感染HIV
安全分娩助产服务	减少婴儿暴露于孕产妇血液和体液
婴儿喂养咨询和支持	减少婴儿暴露于母乳中的病毒
转介HIV感染的母亲及家庭接受综合治疗、保健关怀与社会支持	确保妇女和她的家人获得救命的治疗、关怀与社会支持

（四）策略四：为HIV感染妇女及她们的孩子和家庭所提供的治疗、保健关怀和支持

医疗保健机构、社区、其他相关机构和组织应根据本机构服务的特点和内容，为HIV感染孕产妇及其家庭提供咨询、心理支持、综合关怀及转介服务等，降低艾滋病对妇女、儿童及家庭的影响，减少歧视，提高HIV感染妇女、儿童的生活质量。

如果一个妇女了解并确信她自己、她的孩子和配偶将得到适宜的预防、治疗和保健关怀，她接受HIV检测和咨询的可能性会显著提高；如果是HIV感染孕妇，则有可能接受预防HIV母婴传播的干预服务。对于HIV感染妇女，医疗保健和社会支持是很重要的，使她们能够关注自己的健康，关心孩子和家人的健康和未来。应加强对HIV感染妇女和家庭的长期保健关怀服务，并加强与提供治疗、保健和支持服务项目的联系。给予HIV感染妇女、孩子和家庭的HIV相关的治疗、保健关怀和支持服务包括：（1）为了妇女和家人的长期健康，利用抗逆转录病毒药物进行预防和治疗。（2）监测艾滋病症状。（3）HIV相关疾病的预防和治疗。（4）生殖健康保健，包括计划生育和避孕咨询。（5）营养支持。（6）社会心理支持和社区支持。（7）对HIV暴露的婴幼儿定期随访保健，尤其是在生后头两年内，包括预防接种、预防肺孢子菌肺炎和其他常见的

感染，HIV抗体检测及喂养、营养和生长发育监测。（8）经济支持。

二　为艾滋病感染孕产妇及所生儿童提供的干预措施

为艾滋病感染孕产妇及所生儿童提供的干预措施主要包括为艾滋病感染孕产妇及所生婴儿提供抗艾滋病病毒药物、适宜的安全助产服务和科学的婴儿喂养咨询、指导。

艾滋病母婴传播是艾滋病传播的三条传播途径之一，90%以上的儿童HIV感染由母亲传播，在孕期给HIV感染的孕妇及其新生儿服用抗病毒药物，并结合安全分娩或剖宫产、人工喂养等措施，可使母婴传染率降低至2%以下。

2005-2009年在云南省针对279例HIV感染孕妇采用HAART方案预防艾滋病母婴传播，结合替代喂养，使HIV母婴传播率下降至接近1%。

（一）为艾滋病感染孕产妇及所生婴儿提供抗艾滋病病毒药物

由于艾滋病发病的根本原因是HIV感染所致，因此基本措施是用抗HIV药物治疗。目前，大多数发达国家使用联合抗反转录治疗（HAART）预防HIV母婴传播后已经使母婴传播的传播率明显下降。针对发展中国家的抗病毒药物治疗主要方案有单一用药、二联抗病毒方案和HAART疗法。

1. 单一用药和二联抗病毒方案。

1994年PACTC076临床试验是抗病毒治疗预防艾滋病母婴传播历史上的里程碑，研究表明齐多夫定（AZT）对降低围生期HIV传播疗效显著，可把非母乳喂养妇女围生期HIV传播率降低66%。1999年在乌干达进行的HIV NET012研究首次表明,产时单剂量的奈韦拉平（sd-NVP）治疗也能阻断HIV母婴传播，产后18个月时sd-NVP的母婴传播率为15.7%，阻断效果比AZT组低约39%。奈韦拉平（NVP）为非核苷类反转录酶抑制剂，价格更便宜，在资源有限的地区采用仍是可行的母婴阻断方法。

卡麦隆进行研究提示AZT＋sd-NVP方案能有效降低72%的母婴传播。在泰国和云南的研究提示在孕28周起服用AZT＋sd-NVP 均将艾滋病母婴传播率降至2%以下。在乌干达、坦桑尼亚和南非的一项随机临床试验结果显示：在孕期（孕36周）、分娩期和产后均使用 AZT＋3TC的母亲生下的孩子在出生6周后的HIV感染率是5.7%，法国ANRS 075研究和泰国产前及产时均服用AZT＋3TC方案，并替代喂养婴儿，其母婴传播率分别仅为1.6%和2.8%。

2. 高效抗反转录病毒治疗（HAART）方案。

在HAART中普遍使用基于2种核苷类反转录酶抑制剂（NRTIs）+1种非核苷类反转录酶抑制剂（NNRTIs）或2种NRTIs＋1种蛋白类酶抑制剂（PIs）的方案。无论以PIs或是NNRTIs为基础的HAART方案都被证明能较长时间地有效抑制HIV病毒。大部分观点支持依非韦仑（EFV）＋2种NRTIs方案在抗病毒方面优于克力芝（LPV/r）+2种NRTIs方案。但在西非地区HIV感染孕妇初始HAART治疗的研究中，与以PIs为基础的抗病毒方案相比，以NVP为基础的HAART方案成功抑制病毒载量的时间却更短。在非洲以外，无论在发展中国家或其他发达国家，接受HAART方案治疗的HIV母婴传播率都是



最低的，低于1%～2%，在中国云南省的研究中也得到了证实。

无论抗病毒的目的是HIV感染治疗还是预防艾滋病母婴传播，联合抗病毒用药方案都是公认的HIV感染孕妇标准的抗病毒用药方案。

3．由世界卫生组织2012年发布的《治疗HIV感染孕妇并预防婴儿感染HIV用药方案》。

2012年4月WHO HIV/AIDS项目组更新了《治疗HIV感染孕妇并预防婴儿感染HIV用药方案》，提出了三套方案，见表9-4：

表9-4　PMTCT的三套方案

	孕妇		婴儿
	治疗方案（CD4≤350 /mm³）	预防方案（CD4>350 /mm³）	母乳喂养者，每天NVP治疗至完全断离母乳后1周；非母乳喂养者或母亲正在接受治疗者，NVP治疗至4~6周。
方案A[a]	一经诊断尽早使用三联ARVs	产前：妊娠14周开始AZT治疗 分娩时：产程开始时给予单剂NVP和首剂AZT/3TC 分娩后：每日AZT/3TC至产后7天	
	无论CD_4水平如何，ARVs方案相同b		
方案B[a]	一经诊断，尽早使用三联ARVs，持续终身	妊娠14周开始三联ARVs治疗，不母乳喂养者持续至分娩，母乳喂养者持续至产后婴儿完全断离母乳后1周	不论何种喂养方法均从出生开始每天给予NVP或AZT至生后4~6周
方案B⁺	治疗和预防方案相同b 不论CD_4计数多少，一旦诊断后[c]尽早开始三联ARVs		不论何种喂养方法均从出生开始每天给予NVP或AZT至生后4~6周

注："三联ARVs"指三种抗病毒药物

a．推荐WHO 2010 PMTCT 指南

b．仅限于EFV-based 一线ARV，NVP-based ARV 不推荐用于预防（CD4>350）

c．暂时无正式的方案B+推荐，但推测ART会在诊断时及开始使用

方案A[a]和方案B[a]是基于区别治疗和预防的需要而制订的。推荐CD_4≤350 cells/mm³或 WHO分期3-4期的所有HIV感染妇女（大约有40%~50%的HIV感染孕妇）终身接受ART，旨在保证其自身健康和预防母婴传播。对于根据现行标准CD_4>350 cells/mm³的妇女，不需要治疗，但推荐在妊娠早期开始ARV预防，母乳喂养时需在产后危险期内母婴同时使用ARV。两种推荐使用的预防方案（方案A、方案B）明显不同，但只要正确执行，都同样有效，能够降低CD_4>350 cells/mm³孕妇母婴传播的危险。

方案B和B⁺的另一个重要优越性在于其更加有效，更符合治疗原则。首先，简单化、固定剂量和ARV的联用使其能够全程运用于PMCTC干预。再者，这两种方案有可能提供PMCTC和非怀孕感染者共同的方案。PMCTC和ART一线治疗统一方案大大简化了药物的预测、获得、供给和储存控制。一线治疗联用方案（TDF/3TC/EFV）是单片固定剂量，是最近推荐的成人一线治疗和孕妇的最佳联用方案。EFV的重要优势

在于它能够在所以妇女应用，不需要CD_4计数（不像NVP禁用于CD_4高的妇女）。尽管有必要关注EFV在妊娠早期用药的安全性，需加强药物监测，但回顾最近的研究结果，发现EFV的优势可能超过其风险。

方案B^+不仅给HIV感染孕妇从婴儿出生前开始提供三联ART，而且这种治疗持续妇女终生。方案B^+的优点包括：进一步简化服务流程，与ART方案协调一致，防止HIV感染妇女未来再次怀孕时发生母婴传播，持续性地预防单阳性伴侣间的性接触传播，避免了停药后将来又再次启动ARV治疗。

4. 中国HIV感染孕产妇及所生儿童抗艾滋病病毒用药方案。

国家卫生部发布的《预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作实施方案》要求各级医疗卫生机构应当为艾滋病感染孕产妇及所生婴儿提供免费的抗艾滋病病毒药物。在提供抗艾滋病病毒药物前，应当对孕产妇进行艾滋病症状观察、CD_4^+ T淋巴细胞计数及病毒载量检测，并对孕产妇的感染状况进行评估，确定临床分期，结合CD_4^+ T淋巴细胞计数及病毒载量检测结果，选择适宜的抗病毒用药方案。

预防艾滋病母婴传播的抗艾滋病病毒药物应用方案可分为预防性抗病毒用药方案（antiretroviral prophylaxis，ARP）和治疗性抗病毒用药方案（ART）。对于处于艾滋病临床Ⅰ期或Ⅱ期，免疫功能相对较好，CD_4^+ T淋巴细胞计数>350/mm^3的HIV感染孕产妇，建议ARP；对于处于艾滋病临床Ⅲ期或Ⅳ期，CD_4^+ T淋巴细胞计数≤350/mm^3的艾滋病感染孕产妇，建议采用ART。

（1）预防性抗病毒用药方案。

孕产妇用药：

孕期和分娩时：从妊娠14周或14周后发现艾滋病感染就尽早开始服齐多夫定（AZT）300mg ＋拉米夫定（3TC）150mg ＋洛匹那韦/利托那韦（克力芝）（LPV/r）400/100mg，每天2次；或者AZT300mg+3TC150mg，每天2次，依非韦伦（EFV）600mg，每天1次，直至分娩结束。

分娩后：若选择替代喂养，产妇可在分娩结束后停止抗病毒药物的应用；若选择母乳喂养，产妇持续应用抗病毒药物至停止母乳喂养后1周。

婴儿用药：

婴儿可以选择应用以下两种抗病毒药物方案中的任一种。①奈韦拉平（NVP）方案：新生儿出生体重≥2500g，服用NVP 15mg（即混悬液1.5ml），每天1次；出生体重＜2500g且≥2000g，服用NVP 10mg（即混悬液1.0ml），每天1次；出生体重＜2000g，服用NVP 2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg），每天1次；至出生后4～6周。②齐多夫定（AZT）方案：新生儿出生体重≥2500g，服用AZT 15mg（即混悬液1.5ml），每天2次；出生体重＜2500g且≥2000g，服用AZT 10mg（即混悬液1.0ml），每天2次；出生体重＜2000g，服用AZT 2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg），每天2次；至出生后4～6周。无论婴儿选择哪种抗病毒药物，都应在出生后尽早（6～12小时内）开始服药。

孕期没有接受HIV检测，临产时才发现艾滋病感染的孕产妇抗病毒用药：

选择替代喂养者：①产妇：服用单剂量NVP 200mg，及AZT 300mg ＋ 3TC



150mg，每天2次，至分娩结束；产后继续服用AZT 300mg ＋ 3TC 150mg，每天2次，连续服用7天。②婴儿：出生后尽早（6～12小时内）服用单剂量NVP 2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg），同时服用AZT 4mg/kg（即混悬液0.4ml/kg），每天2次，至出生后4～6周。或出生后尽早（6～12小时内）服用NVP，出生体重≥2500g，服用NVP 15mg（即混悬液1.5ml），每天1次；出生体重＜2500g且≥2000g，服用NVP 10mg（即混悬液1.0ml），每天1次；出生体重＜2000g，服用NVP 2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg），每天1次；至出生后4～6周。

选择母乳喂养者：在以下两种抗病毒药物方案中选择任何一种：① 产妇：服用AZT ＋ 3TC ＋ LPV/r或AZT ＋ 3TC ＋ EFV（用法及剂量同上），至停止母乳喂养后1周。婴儿：出生后尽早（6～12小时内）服用NVP，每天1次，至出生后6周（用量同前）。② 产妇：服用单剂量NVP 200mg，及AZT 300mg ＋ 3TC 150mg，每天2次，至分娩结束；产后继续服用AZT 300mg ＋ 3TC 150mg，每天2次，连续服用7天。婴儿：出生后尽早（6～12小时内）服用NVP，每天1次，至母乳喂养停止后1周（对于产后才发现的感染产妇，产妇可暂不用抗病毒药物，婴儿采用此方案）。

（2）治疗性抗病毒用药方案。

孕产妇用药方案：尽早开始服用AZT 300mg ＋ 3TC 150mg，每天2次，EFV 600mg，每天1次；或者CD_4^+T淋巴细胞计数＜250/mm^{3}时，还可以选择尽早服用AZT 300mg ＋ 3TC 150mg ＋ NVP 200mg，每天2次。

> 在云南省艾滋病高流行地区11个县的一项预防艾滋病母婴传播研究提示：121例孕产妇接受齐多夫定（AZT）＋拉米夫定（3TC）＋ 克力芝（LPV/r）或AZT ＋3TC+ 依非韦伦（EFV）/奈韦拉平（NVP）方案抗病毒用药，全部实施住院分娩、安全助产，全部婴儿替代喂养并选用其中一种婴儿抗病毒方案，结果婴儿HIV抗体阳性2例，母婴传播率为1.65%，

△ 婴儿用药：婴儿可以选择应用以下两种抗病毒药物方案中的任一种。①NVP方案:新生儿出生体重≥2500g，服用NVP 15mg（即混悬液1.5ml），每天1次；出生体重＜2500g且≥2000g，服用NVP 10mg（即混悬液1.0ml），每天1次；出生体重＜2000g，服用NVP 2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg），每天1次；至出生后4～6周。② AZT方案: 新生儿出生体重≥2500g，服用AZT 15mg（即混悬液1.5ml），每天2次；出生体重＜2500g且≥2000g，服用AZT 10mg（即混悬液1.0ml），每天2次；出生体重＜2000g，服用AZT 2mg/kg（即混悬液0.2ml/kg），每天2次；至出生后4～6周。无论婴儿选择哪种抗病毒药物，都应在出生后尽早（6～12小时内）开始服用。

在应用抗病毒药物前和用药过程中，应当为感染孕产妇及所生儿童提供持续的咨询指导及相关监测，提高用药依从性；定期进行血常规、尿常规、肝功能、肾功能等检测，密切关注可能出现的药物副作用；在发现孕产妇感染艾滋病时，孕期每3个月和产后4～6周对孕产妇各进行一次CD_4^+T淋巴细胞计数的检测，同时在发现孕产妇感染艾滋病时和孕晚期各进行一次病毒载量的检测，观察并评价孕产妇的病情，并提供必要的处理或转介服务。

5．《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》孕妇抗病毒治疗。

2012年，中国修订的《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》推荐在有条件的情况下，对所有HIV感染孕产妇，无论病毒载量高低、CD_4^+T淋巴细胞水平及临床分期，均建议开始抗病毒治疗，如果需要应根据患者的情况调整已有的抗病毒治疗方案。无论感染HIV的女性处在疾病的哪一阶段，在妊娠期、分娩期及哺乳期均推荐抗病毒治疗，这种方法既发挥了抗病毒的作用，保护了孕妇的健康，同时又兼顾了在妊娠期、分娩期及哺乳期预防HIV通过母婴途径传播。抗病毒治疗，将使采用母乳喂养者发生HIV母婴传播的风险从原有感染率35%降低到5%（甚至更低），使替代喂养者发生HIV母婴传播的风险从原有传播率的25%降低到小于2%，同时确保提高母婴传播存活率和生活质量。

（1）孕妇抗病毒治疗：抗病毒用药从妊娠14周开始，孕妇推荐的抗病毒治疗方案：AZT*+3TC+LPV/RTV**（*如果孕妇出现Hb≤90g/L，或者基线时中性粒细胞低于0.75×109/L，可使用TDF替换AZT，使用TDF的患者应注意监测肾功能。**获得LPV/RTV有困难时，可以考虑应用EFV或NVP，但妊娠3个月内避免使用EFV，NVP仅用于CD4＜250/mm^3的女性）。

（2）临产时才发现感染HIV的孕产妇的抗病毒用药：临产时才发现感染HIV的孕产妇开展HIV母婴阻断的抗病毒用药方案参照《预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作实施方案》进行。

孕妇抗病毒治疗的注意事项：HIV感染的孕妇的抗病毒治疗推荐首选使用包含AZT的三联航病毒治疗方案。孕妇CD_4^+T淋巴细胞在任何水平时都有可能将HIV传染给胎儿，AZT在减少围生期传播方面已经表现出不可替代的作用。因此，孕妇的抗病毒治疗应该为含有AZT的抗病毒治疗方案。

已经开始抗病毒治疗的女性通常可以在整个妊娠期间继续使用当前的治疗方案（包括妊娠前3个月）。但是在有些情况下可能需要更换方案，尽量使用包含AZT的方案。如果现有方案包括EFV而妊娠处于前3个月，可以将EFV换为LPV/r或NVP。

妊娠期间尤其在妊娠的前3个月通常出现的恶心、呕吐，可能会影响抗病毒治疗的依从性，有发生药物耐药的风险。因此，进行抗病毒治疗的女性应该接受对症处理和饮食调节以减少恶心和呕吐症状的发生。如果持续呕吐影响抗病毒药物应用，请咨询艾滋病治疗专家。

> 2012年7月22～27日在美国华盛顿召开的第19届世界艾滋病大会上，世界卫生组织建议考虑改变现行做法，防止艾滋病病毒母婴传播，向所有艾滋病病毒感染孕妇（包括免疫系统尚好的孕妇）提供抗反转录病毒治疗，并要求她们终生服药，既可治疗感染艾滋病病毒的妇女和防止其将病毒传给婴儿，还可保护其配偶。全球预防艾滋病母婴传播的目标是到2015年消除新发儿童艾滋病感染，并保持其母亲存活。对所有受艾滋病影响的孕产妇实施检测-治疗策略能最大限度地保护母亲健康，减少艾滋病母婴传播及性传播。

复方磺胺甲恶唑的预防性治疗原则同其他艾滋病患者使用磺胺甲恶唑的原则



一致。

(3)既往接受过预防HIV母婴传播措施女性的抗病毒治疗：既往接受过预防HIV母婴传播措施的女性，如果使用的为单一药物或两个药物的预防方案，容易产生耐药性。所以这些女性开始接受抗病毒治疗或者再次接受预防HIV母婴传播措施时，需要注意药物的选择，由专家评估和决定治疗方案。有条件进行耐药检测时，可根据耐药检测结果选择药物，没有条件进行耐药检测时，建议方案如下：① 如果既往孕妇服用过包含AZT的单一药物或者两个药物的预防方案，再次治疗时，尽量避免使用AZT，可选择TDF；② 如果分娩时仅服用单剂量的NVP，而且服用时间在12个月以内，再次治疗时，尽量避免使用NVP和EFV，应选择LPV/r。

6. 预防艾滋病母婴传播抗病毒治疗药物不良反应事件。

NRTIs主要引起骨髓抑制、贫血、中性粒细胞减少症、肝功能损伤等不良反应。短期服用AZT对HIV感染孕妇的影响主要是轻度贫血，严重贫血和肝损伤并不常见。大部分国家建议在妊娠早期避免应用包含EFV在内的抗病毒治疗方案，在灵长类动物实验研究中有明显的致畸证据，有报道在妊娠早期暴露于EFV药物导致神经管畸形的案例。但目前数据不足以证明如神经管缺陷的异常反应风险是由孕早期暴露EFV引起的，最近包括9个队列研究的meta分析报道，应用含EFV方案的出生缺陷率与使用其他方案的人群类似。

NVP有潜在的肝毒性作用，在初始治疗的人群中易出现急性肝炎，对于$CD_4^+T>250$个/mm^3的妇女有较大的风险。但在两个前瞻性研究中认为NVP与肝酶升高无关联，怀孕本身就是导致肝酶升高的一个危险因素。其他队列研究发现在孕妇与非孕妇采用以NVP为基础的治疗，其肝毒性反应和皮疹的发生是类似的，与$CD_4^+T>250$个/mm^3无关，美国认为妇女怀孕时接受NVP方案的耐受性好，可以不管CD_4^+计数继续治疗。

PIs主要不良反应包括胰岛素抵抗和高脂血症，有导致心血管疾病增加的风险。虽有报道服用含PIs的方案会导致高糖血症，但到目前为止，在怀孕期间接受以PIs为基础方案的孕妇绝大多数都没有显示出葡萄糖不耐受增加的风险，怀孕自身也是有糖尿病的危险因素。在葡萄糖耐受（糖耐量异常或降低）和胰岛素抵抗方面，含PIs的和不含PIs的方案比较并没有发现不同。还有研究认为，含PIs联合方案分娩早产儿的风险是其他联合方案的1.8倍；但在最近的meta分析中并未发现这种风险存在。

（二）提供适宜的安全助产服务

为艾滋病感染孕妇及其家人提供充分的咨询，告知住院分娩对保护母婴安全和实施预防艾滋病母婴传播措施的重要作用，帮助其及早确定分娩医院，尽早到医院待产。选择适宜的分娩方式，为艾滋病感染孕产妇提供安全的助产服务，尽量避免可能增加艾滋病母婴传播危险的羊水穿刺操作、胎儿镜检查、会阴侧切、人工破膜、使用胎头吸引器或产钳助产、宫内胎儿头皮

选择适宜的分娩方式

应根据产科情况选择分娩方式，HIV抗体阳性并不是剖宫产的指征。若有剖宫产手术指征应选择择期剖宫产，手术时机应选择在孕38周，未临产及胎膜早破之前。

监测等损伤性操作，减少胎儿暴露于HIV感染孕妇血液的几率，减少感染可能性，并尽可能清理新生儿的皮肤、鼻腔、口腔耳内、眼内、气管、胃内分泌物，以降低胎儿对阴道分泌物的暴露；需要时可采用择期剖腹产，同时尽量避免输血与交叉感染。

（三）提供科学的婴儿喂养咨询、指导

母乳喂养曾被作为婴儿最好的喂养方式广泛提倡，在过去的20年里，一直是儿童卫生与生存策略的基石，并在世界许多地方的降低婴儿死亡率方面起到了主要作用。但是，即使宫内感染和产时感染已经被显著的降低，由母乳喂养所带来的产后感染仍然可导致10~15%的母婴传播几率。而当乳汁中病毒载量高，母亲有乳头炎症、乳腺炎，哺乳期间母体艾滋病状况由阴转阳和母乳喂养超过15个月的情况下这种传播几率更会增加。应提倡HIV感染孕产妇对分娩新生儿避免母乳喂养，预防HIV通过母婴传播。

全球很多国家的研究表明，与母乳喂养的婴儿相比，替代喂养的婴儿在出生头1个月内，婴儿死亡的风险至少高出六倍，在4～6个月内死亡的风险高出至少两倍。这种非母乳喂养导致的死亡率增加的风险将持续到婴儿2岁。

1．替代喂养。

替代喂养是指喂养婴儿的一个过程。即对非母乳喂养的婴儿，用能够提供给她（他）所需的所有营养元素的一种食物来喂养，直到6个月以后，婴儿可以吃多种食物为止。

对于替代喂养的婴儿来讲，在发生营养不良风险最高的年龄段内，需要足够的代乳品，也就是6个月内，用纯代乳品喂养；6个月后，除了代乳品，再添加辅食；代乳品需至少用到孩子2岁。

非母乳喂养的婴儿小于6个月时必须使用强化配方奶。好的配方奶包含婴儿所需的大部分营养成分和微量元素，比其他奶粉或者动物奶更适合婴儿。所以对婴儿进行替代喂养的母亲应该使用适当的婴儿配方奶粉，一直到婴儿24个月。

当母亲决定进行替代喂养时，应该认识到替代喂养必须以一种健康和卫生的方式进行，才能够降低婴儿感染HIV、发生营养不良和其他常见疾病以及婴幼儿死亡的风险。

从出生起就进行纯替代喂养有利于保护婴儿。HIV母婴传播中风险最高的是混合喂养。如果在婴儿小于6个月时，使用其他代乳品（包括配方奶）或者固体食物与母乳混合喂养，或者是没有实施单纯母乳喂养，那么向她们告知混合喂养的风险就十分重要。如果母亲决定实施替代喂养，就应该坚决不再喂母乳，即便是偶尔喂一次也不行。

2．对出生后6个月内的婴儿实施替代喂养的好处和不足。

好处：

（1）单纯的替代喂养能够避免HIV通过母乳传播。

（2）配方奶中含有婴儿所需的大部分营养成分和微量元素。

（3）其他家庭成员可以协助喂婴儿。如母亲生病期间，其他人可以喂婴儿。

不足：

（1）与母乳相比，代乳品不含抗体，而抗体有助于保护婴儿免受其他疾病感染。



（2）实施替代喂养的婴儿发生严重疾病的几率增加，如腹泻、呼吸道感染和营养不良。

（3）如果实施替代喂养的婴儿又喂母乳，哪怕只是偶尔喂一次，都会增加感染HIV的风险。

（4）母亲必须有足够的燃料和清洁的水，用大火将水煮沸至少5分钟，用来冲泡配方奶粉。同时要用洗洁剂清洗婴儿用的杯子。（配方奶要求每次喂婴儿时都是新鲜配制的，除非有冰箱贮存。）

（5）婴儿配方奶粉是替代喂养所必需的，但是价格比较高，而且必须保证份量充足，以及留有备用。

（6）要保证婴儿出生后一年（最好是两年）内，提供数量充足的分阶段配方奶粉。不推荐婴儿使用其他代乳品。

（7）婴儿需要用杯子来喝奶。婴儿长大一些就能自己拿着杯子喝，但要花些时间才能学会。

（8）人们可能会议论为什么一位母亲会采取替代喂养而不是母乳喂养，并会据此怀疑这位母亲感染了HIV。

（9）如果没有采取避孕措施，母亲有可能短期内再次怀孕。

3. 替代喂养婴儿所需的奶量。

≥2.5公斤的婴儿：

（1）每公斤体重每天150毫升。

（2）每3小时喂一次，每天喂6~8次。

＜2.5公斤的婴儿（低出生体重婴儿）：

（1）一开始每公斤体重每天60毫升。

（2）每天增加20毫升/公斤，直到婴儿吃到每天200毫升/公斤。

（3）每天喂8～12次，每2～3小时喂一次。

（4）一直喂到婴儿1.8公斤或再大一点的时候开始正常喂养（注：1.8公斤以上的婴儿，如果能够按照正常出生体重婴儿喂养，即按正常出生体重婴儿喂养，如果不行，则按低出生体

怎样用杯子喂婴儿？

1.用肥皂洗手，清水冲洗干净。

2.用洗洁剂和开水洗杯子，再把奶放进去。

3.把喂一次的奶液放进杯子里。

4.将婴儿以直坐或者半直坐的姿势抱在大腿前部，放一个干净的小围兜在婴儿胸前，保持婴儿衣服干净。

5.拿起小杯子放到婴儿嘴边，将杯子倾斜至水刚好到婴儿嘴唇，杯子的边缘要刚刚碰到婴儿上嘴唇外部，杯身轻轻靠在婴儿的下嘴唇。

6.将杯子轻轻倾斜，靠在婴儿的嘴唇上，让婴儿自己吮吸。不要为了帮助婴儿吃奶或者为了让婴儿喝得更快，就将奶倒进婴儿嘴里。

7.一边喂奶一边和婴儿讲话，看着婴儿的眼睛，有利于增进母子间的感情。

8.当婴儿闭上嘴不再吃的时候就说明已经吃够了。如果婴儿这次吃得少，下次喂奶的时间就要提前一点。一个小时后还没有喝完的奶就要全部倒掉。

重婴儿喂养，直到2.5公斤）。

4. 替代喂养的用具。

替代喂养倡导用杯子，而不用奶瓶。用杯子喂婴儿比用奶瓶喂婴儿更好更安全，因为：（1）在不能做到煮沸消毒的情况下，杯子比奶瓶更容易用洗洁剂和水清洗干净。（2）与杯子相比，奶瓶更方便长期随身携带，因此也更易于细菌繁殖。（3）用杯子喂婴儿可降低孩子患痢疾、耳部炎症和蛀牙的风险。（4）用杯子喂孩子的时候不会把杯子给婴儿，让婴儿自己吃，而是会抱着婴儿用杯子喂奶，有身体的接触和眼神的交流，有利于增进母子间的感情。（5）用杯子喂婴儿可让其自行控制摄入的乳汁量。

母乳喂养

由于母乳喂养在降低婴儿感染性疾病的患病率和死亡率有很大的优势，而且既经济又可避免被人怀疑感染艾滋病而被歧视，因此，是否进行母乳喂养在发展中国家的母婴阻断工作中成为最棘手的问题。有研究提示在怀孕和哺乳期间使用HAART疗法，可以显著地降低血浆中的游离病毒载量，还可以降低乳汁中的游离病毒载量，艾滋病母婴传播率未见明显的增高。在2010年指南中，WHO明确了在母亲继续抗病毒用药并延长婴儿抗病毒用药的基础上可选择母乳喂养。

第三节　HIV感染孕产妇及所生儿童的保健服务

预防艾滋病母婴传播最有效的是将预防艾滋病母婴传播项目纳入到现行的母婴保健服务中，作为各种教育和医疗服务的一部分来帮助母亲、孩子和家庭通向健康的生活。不同的国家，全面的母婴保健服务虽有不同，但是一般都包括产前保健、婴幼儿的免疫项目和产后保健。提供优质产前保健服务的健康保健工作者已经给出许多补充的新方案来支持预防艾滋病母婴传播项目，如：健康母亲方案、爱婴医院（baby friendly hospital initiate，BFHI）方案和拯救新生的生命等等。通过将预防艾滋病母婴传播服务融于现行的妇幼卫生（maternal and child health，MCH）服务中，能促进服务对象对PMTCT服务的可及性，提升服务效果，在常规MCH服务中提供PMTCT 服务，还有利于规范化PMTCT服务。

一　HIV感染或感染结果不明孕产妇保健

产前保健能从整体上促进孕妇及家人的健康。良好的孕产妇保健服务不仅能促进良好的怀孕结果，也能帮助延长HIV感染妇女的健康状态。如果母亲去世了，她的孩子会面临更大的疾病和死亡风险。

（一）艾滋病检测咨询服务

医疗保健机构应在提供孕产期保健的同时，主动向孕妇提供艾滋病检测咨询（PITC）服务。提供预防艾滋病母婴传播的信息进行危险行为评估；按照《全国艾滋



病检测技术规范》的要求，为孕产妇提供HIV抗体检测服务。特别强调孕期应尽早检测，尽快明确感染状况。

根据HIV抗体检测结果提供检测后咨询服务，包括HIV抗体阳性和阴性者的咨询服务，解释检测结果，提供预防艾滋病感染和改变危险行为的信息，提供避孕、孕产期保健、艾滋病母婴传播抗病毒治疗或抗病毒预防，婴儿保健服务，HIV感染母亲和婴儿的转介服务等指导。

（二）妊娠结局的选择

孕妇一旦被确认为HIV感染者，应对妊娠结局作出选择，而且，选择的时间越早越有利于孕妇和胎儿、婴儿的健康。健康工作者应及时为孕妇及家庭提供良好的咨询服务，帮助孕妇及家人尽早决定。选择继续妊娠，建议孕妇和家人考虑几个问题：（1）孕产妇如果是新近感染或已是艾滋病病人，HIV传染给婴儿的危险性很高，婴儿有可能感染HIV；（2）是否具备抚养这个孩子的经济能力；（3）能否承受一旦孕妇HIV感染情况被周围人知道而引起的猜疑和歧视。如果决定终止妊娠，建议孕妇到正规的医疗保健机构接受终止妊娠的手术。如果决定继续妊娠，健康工作者应将孕产妇转介到能提供预防艾滋病母婴传播干预服务的医疗保健机构。

（三）产前保健

按照产前保健要求，医务工作者应为HIV感染孕妇提供定期产前保健（antenatal care）服务，根据需要可增加产前保健的次数；尽早确定分娩地点，住院分娩，胎膜早破或先兆流产应尽快赶到医疗保健单位；讨论婴儿喂养方式，提供营养指导、心理咨询与辅导服务。

指导孕妇进行血常规、CD_4^+T淋巴细胞计数、病毒载量、肝、肾功能、血糖等检测；指导抗病毒预防或抗病毒治疗，根据感染孕产妇的疾病发展程度、免疫状况及抗病毒治疗情况，兼顾孕产妇自身健康和预防母婴传播的需要，选择适当的抗病毒药物方案；介绍服药方法及注意事项，应充分告知艾滋病病毒感染孕产妇及家人坚持规范服用抗病毒药物的重要性及相关信息，提高用药依从性；在用药期间，提供抗病毒药物应用的咨询指导，定期监测孕产妇血常规、肝、肾功能和免疫状况，

WHO 建议MCH应提供以下与PMTC有关的服务

- o 健康信息提供和健康教育
- o 有关HIV 和 HIV 预防包括安全性行为的教育
- o HIV 抗体检测与咨询
- o 配偶HIV 抗体检测与咨询，包括现场或转介对夫妻俩的咨询
- o 抗病毒治疗或抗病毒预防
- o 对HIV感染者的治疗、关爱和支持
- o 提供婴儿喂养指导和支持
- o 筛查、预防及治疗机会性感染(OIs) 和其他与HIV感染有关的并发症，如疟疾、结核
- o 应用复方新诺明防治肺孢子菌肺炎（PCP）、疟疾和其他感染
- o 诊断治疗性传播性感染 (STIs)

密切关注耐药性及药物副作用，确保感染孕产妇及所生婴儿及时、全程、规范用药；筛查、预防及治疗机会性感染（opportunity infections，OIs）和其他与HIV感染有关的并发症，如疟疾、结核，诊断治疗性传播性感染（sexually transmitted infections，STIs）。加强抗病毒药物应用的随访，必要时进行处理或提供转介服务；医务人员要对病人隐私保密。

（四）产后保健（postpartum care）

分娩后立即实施产后保健护理，并按方案要求服用抗病毒药物。

1. 每日清洗外阴以保持会阴清洁，防止感染；加强口腔护理，增进食欲，指导合理膳食；指导产妇正确回奶及乳房护理，避免乳腺炎的发生；指导产妇及家属正确护理新生儿以及新生儿人工喂养的方法。告诉母亲护理新生儿前用肥皂和流动水洗手。

2. 教给母亲如何以及在什么地方安全处理潜在的感染源，如有恶露和血迹的卫生巾、被褥和其他物品等的方法（如焚烧、含氯消毒液浸泡等），强调HIV感染母亲和她的孩子产后随访保健护理的重要性。

3. 讨论产后的避孕和计划生育的目标。感染HIV妇女的计划生育目标是防止意外妊娠。适当的间隔生育孩子，可以降低产妇和婴儿的发病率和死亡率。教给感染HIV的妇女和家庭如何选择避孕措施。

（五）孕产妇服用抗病毒药物指导

对孕产妇服用抗病毒药物指导方法要得当，要耐心、细致，最好能提供书面的用药方法指导。用药指导内容包括：（1）向孕产妇本人及家属讲明应用抗病毒药物的好处。如抗病毒药物能大大降低艾滋病母婴传播的危险性，提高孕产妇的生存质量，提高预防艾滋病母婴传播的效果，使孕产妇及家属建立良好的药物依从性，能规范服药；同时也要讲明抗病毒药物是不能治愈艾滋病的。（2）告诉孕产妇及家属应该严格按照医嘱每天准时服用药物，如果终止服药，孕妇病情会恶化，还会增加艾滋病母婴传播的危险；如果忘记按时服药，发现后应立即补服，若未及时补服，不必在下次加服。（3）告诉孕产妇及家属可能出现的药物副作用，以便孕产妇本人及家属能进行自我监测；建议抗病毒药物在餐后或两餐之间服用，这样能减轻药物副作用。（4）教会母亲及家属如何给新生儿服药，并告诉他们婴儿必须完成整个服药疗程。（5）告诉孕产妇及家属千万不要让家人或朋友误服孕产妇或婴儿的药品。

二　HIV感染孕产妇所生儿童保健

（一）新生儿保健

1. 新生儿出生时，有条件时应由巡回护士处理新生儿；无条件时由接生者换手套再处理新生儿，同时将新生儿放置于辐射台上保暖。

2. 新生儿出生后立即用流动温水洗净沾有母亲血液和羊水的皮肤、鼻腔、头发以及外生殖器，以减少出生时艾滋病母婴传播的风险；注意动作轻柔，不要损伤皮肤黏膜。

3. 出生后6小时内尽早给予首次剂量的抗病毒药物，超过12小时后用药效果会减弱，服药时间最迟不超过48小时。



4. 实行替代喂养，避免母乳喂养，杜绝混合喂养；若不能坚持替代喂养，应教会产妇及家属做到婴儿出生后进行纯母乳喂养到6个月。

5. 按免疫程序进行预防接种，出生12小时内接种乙肝疫苗。

6. 教会母亲注意观察新生儿的体温、呼吸、口腔、皮肤、大便、脐带等情况，发现异常情况及时就医。

7. 告诉母亲护理新生儿前用肥皂和流动水洗手。

（二）艾滋病病毒感染母亲所生婴幼儿的保健随访管理

各级医疗卫生机构在艾滋病感染孕产妇所生儿童满1、3、6、9、12和18月龄时分别对其进行随访，提供常规保健、生长发育监测、感染状况监测、预防营养不良指导、免疫接种等服务，并详细记录随访的相关信息。

> **免疫接种情况随访**
>
> 督促家长按艾滋病感染产妇所生儿童的计划免疫程序，让婴幼儿接受免疫接种。
>
> 在不能确定是否艾滋病病毒感染的情况下，可暂不接种活疫苗（卡介苗、脊髓灰质炎，麻疹等）；
>
> 在未完成疫苗接种程序时，应注意避免与结核、麻疹、脊髓灰质炎等病人接触，避免去人群密集的场合；
>
> 排除艾滋病感染后，及时按预防接种程序完成预防接种。

（三）婴幼儿HIV感染状况的确定

为艾滋病感染孕产妇所生婴儿在其出生后6周及3个月（或其后尽早）采血进行艾滋病感染早期诊断检测（儿童艾滋病感染早期诊断检测流程见图9-2）。如6周早期诊断检测结果呈阳性反应，则之后尽早采集血样进行第二次早期诊断检测，两次不同时间样本检测结果均呈阳性反应，报告“婴儿艾滋病感染早期诊断检测结果阳性”，确定婴儿感染艾滋病，及时转介婴儿至儿童抗病毒治疗服务机构。两次不同时间（其中至少一次于婴儿满3个月后采血）样本检测结果均呈阴性反应，报告“婴儿艾滋病感染早期诊断检测结果阴性”，婴儿按照未感染儿童处理，继续提供常规儿童保健随访服务。

艾滋病感染孕产妇所生儿童未进行艾滋病感染早期诊断检测或早期诊断检测结果阴性者，应当于12月龄、18月龄进行艾滋病抗体检测，以明确艾滋病感染状态（儿童抗体检测及服务流程见图9-3）。

（四）预防性应用复方新诺明

艾滋病感染孕产妇所生儿童符合下列条件之一者应当预防性应用复方新诺明：（1）艾滋病感染早期诊断检测结果为阳性；（2）CD_4^+ T淋巴细胞百分比<25%；（3）反复出现艾滋病机会性感染临床症状；（4）母亲应用抗艾滋病病毒药物时间不足4周。

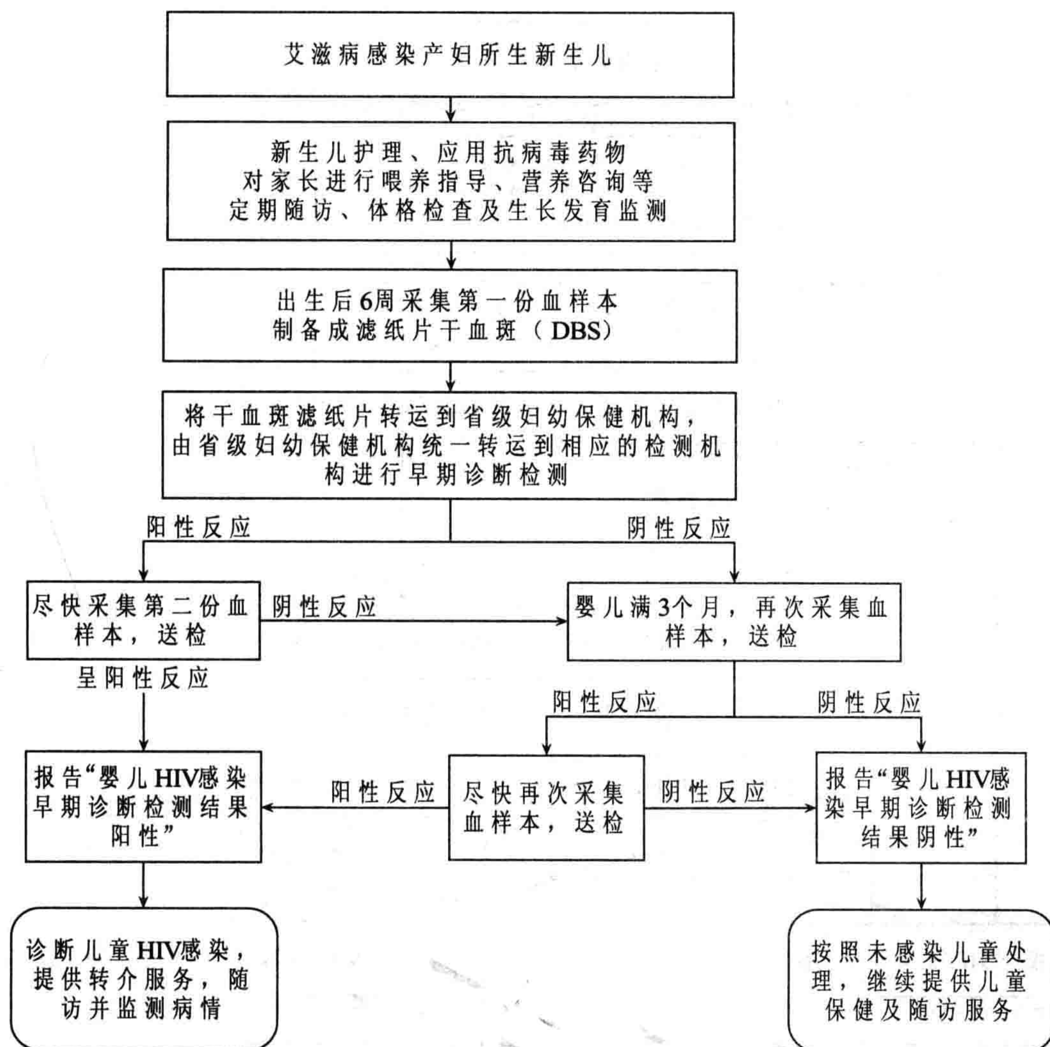


图9–2　艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病感染早期诊断检测及服务流程图

艾滋病感染产妇所生儿童
↓
新生儿护理、应用抗病毒药物
对家长进行喂养指导、营养咨询等
定期随访、体格检查及生长发育监测
↓
未接受早期诊断检测、感染状态不明确者
12个月进行HIV抗体筛查*试验
- 阴性反应 → 用另一种不同原理或不同厂家生产的筛查*试剂再次检测
  - 阴性反应 → 报告“HIV抗体阴性”
  - 阳性反应 → 18个月时再进行HIV抗体筛查*试验
- 阳性反应 → 18个月时再进行HIV抗体筛查*试验

18个月时再进行HIV抗体筛查*试验
- 阴性反应 → 用另一种不同原理或不同厂家生产的筛查*试剂再次检测
  - 阴性反应 → 报告“HIV抗体阴性”
  - 阳性反应 → 确认试验
- 阳性反应 → 确认试验

确认试验
- 阴性 → 报告“HIV抗体阴性” → 排除儿童HIV感染 常规儿童保健随访
- 阳性 → 报告“HIV抗体阳性” → 诊断儿童HIV感染 提供转介服务 随访并监测病情
- 不确定 → 提供咨询，继续随访，4周后再次进行确认试验#

图9-3　艾滋病感染孕产妇所生儿童艾滋病抗体检测及服务流程图

说明：*筛查试验包括快速检测、酶联免疫吸附试验（ELISA）、明胶颗粒凝集试验（PA）等。

#再次确认结果阴性报告“阴性”，结果阳性报告“阳性”，结果仍为“不确定”继续随访，4周后再次进行确认试验；仍为不确定结果，报告“阴性”。必要时可进行HIV核酸检测作为辅助诊断。

第四节　预防艾滋病母婴传播服务职业防护与消毒隔离措施

一　HIV职业防护

在产前、产时及产后提供预防艾滋病母婴传播服务的同时，还要注意做好职业防护与消毒隔离措施。在助产或剖宫产手术中医务人员的职业防护主要有：1．最好采用HIV专用手术床及器械。2．采用一次性麻醉包和敷料。3．医务人员应戴双层手套、口罩、护目镜、过膝防水围腰，穿过膝防水鞋及一次性防水手术衣。4．术中小心操作，特别注意紧急情况下避免慌乱而致误伤。在破膜和断脐时应有保护，避免羊水和血液飞溅。

二　消毒隔离措施及要求

1．地面、墙壁、桌椅、床柜、各种治疗车、婴儿车等用含1000 ~ 10000mg/L有效氯溶液擦拭、拖地。

2．医疗器材消毒：使用后用含1000 ~ 5000mg/L有效氯溶液浸泡30分钟后清洗，再进行高压消毒灭菌处理。

3．污染废物消毒：

（1）一次性隔离衣、医用敷料、中单、棉签等用双层防水污物袋（医用垃圾专用袋），装满后封闭并注明感染性污物标识，同时贴“危险”标记，送指定地点焚烧。

（2）一次性卫生材料，如输液器、手套用含1000 ~ 5000mg/L有效氯溶液浸泡30分钟，并注明感染性污物标识，同时贴“危险”标记，送指定地点销毁。

（3）产妇的卫生纸垫、伤口敷料、棉球及棉签等医用垃圾用含氯消毒剂浸泡后放入专用黄色垃圾袋中，并标明“高危”字样后统一处理。

4．痰盂、便盆、厕所：用含5000mg/L有效氯溶液浸泡或刷洗。

5．排泄分泌物等液状废物：专用密闭容器+含氯消毒剂（10000 ~ 50000mg/L）等量、拌匀60分钟后处理。

6．被服、床单等：用含1000mg/L有效氯溶液浸泡60分钟后清洗、晒干专用。污染严重时应焚烧。

7．被病人血液、体液污染的地板等外环境，应用含5000mg/L有效氯溶液消毒。

8．病室终末消毒：用甲醛25mL/mm^{3}熏蒸，消毒时间12 ~ 24小时。

案例1：如果不生个小孩，人家会歧视你的

我叫小舟，汉族，26岁，小学文化，初婚，怀孕后被确认为阳性，当时，CD_4^+T细胞只有6个，医生说可能活不过6个月，要生小孩，可能连小孩都看不到，而且孩子被感染的危险很大。但我想我死后，有个后人，现在活下去也有希望，所以，我决定把孩子生下来。我要为小孩多挣点钱，人都是迟早要死的，什么时候死都没有关系。我那时已经发病了，

身上的皮肤都起了疹子，CD_4^+T细胞低，没有地方可以开刀，想做剖腹产都做不了。我只能采用三联药物进行抗病毒治疗。现在身体也在开始恢复，CD_4^+T细胞有200多了，而且小孩还是阴性，我很幸运。我是农村妇女，如果不生个小孩，人家会歧视你的，说你连小孩都生不出来，我婚后有四五年未生育，不能生小孩那种滋味太难受了，孩子对我最重要。

将要结婚的人，最好做婚检，发现有病好早打算。婚检时做艾滋病检测有必要，好像是从2002年起结婚就不要做婚检了，对我来说，那时有婚检就好了。

案例2：不能害了老公又害小孩

小李，女，23岁，农民，汉族，初中文化，初婚，曾在舞厅打，工HIV抗体阳性。女儿已两岁（孕3产1），母亲在怀孕时曾采用AZT+NVP抗病毒药物方案阻断HIV母婴传播，HIV抗体检测为阴性。丈夫，农民，汉族，初中文化，农闲时外出打短工，结婚2年后被查出HIV抗体阳性。小李总担心被别人用异样的眼光看待她。她当时怀孕时CD_4^+T淋巴细胞相当低，已经发病了，很绝望，就不想吃药，医生劝了也没用。当时她想最好娃娃没有出世就早点发病，一起死掉，听天由命。她说不能左害丈夫，右害孩子，有着很沉重的负疚、自责和罪恶感，觉得对不起丈夫和孩子。

参考文献：

1．联合国艾滋病规划署：2012 THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC.2012年

2．中华人民共和国卫生部、联合国艾滋病规划署、世界卫生组织.2011年中国艾滋病疫情估计.2011年

3．Lallemant M, Jourdain G, Le Coeur S, et al. A randomized, double–blind trial assessing the efficacy of single–dose perinatal nevirapine added to a standard zidovudine regimen for the prevention of mother–to–child transmission of HIV–1 in Thailand. N Engl J Med. 2004；351:217~28

4．Marie–Louise Newell.Cruuent issues in the prevention of mother–to–child transmission of HIV–1 infection[J].Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene,2006,100:1~5. WHO /CDC， Prevention of mother–to–child transmission of HIV generic training package， 2008； ISBN: 92 4 159278 8

5．李燕、王兴田.艾滋病母婴传播阻断研究.昆明:云南科技出版社，2008

6．Luo C,Strategies for prevention of mother–to–child transmission of HIV.Reprod Health Matters,2000,8:144–145

7．Gray RH, Wabwire–Mangen F, Kigozi G, et al. Randomized trial of presumptive sexually transmitted disease therapy during pregnancy in Rakai, Uganda. Am J Obstet Gynecol. 2001 Nov；185（5）:1209–17.], [Kafulafula et al. 15th Int Conf on AIDS, Bangkok, 2004]

8．Semba RD, Miotti PG, Chiphangwi JD, et al. Maternal vitamin A deficiency and

mother-to-child transmission of HIV-1. Lancet 1994； 343:1593~97

9. Fawzi WW, Msamanga G, Hunter D, et al. Randomized trial of vitamin supplements in relation to vertical transmission of HIV-1 in Tanzania. J Acquir Immune Defic Syndr. 2000 Mar 1； 23（3）:246~54

10. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L, Coovadia HM.Randomized trial testing the effect of vitamin A supplementation on pregnancy outcomes and early mother-to-child HIV-1 transmission in Durban, South Africa. South African Vitamin A Study Group. AIDS. 1999 Aug 20； 13（12）:1517~24

11. WHO. Generic Training Package DRAFT Participant Manual January, 2008

12. Lindegren ML,Byers RH,Thomas P,et al.Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States[J].JAJM,1999,282:531~538

13. Leroy V et al. XV Internat AIDS Conf, 2004 （Abs. MPpB2007）； Becquet XVI AIDS Conf, Toronto, Aug 2006 ,19, Dabis et al. 2nd IAS Conf, Paris, France, July 2003 （Abs 219）； Dabis et al. 12th Retrovirus Conf 2004 （abs.72LB）； DITRAME PLUS Study Grp. AIDS 2005； 19:309~18； Becquet XVI AIDS Conf, Toronto, Aug 2006

14. The Petra Study team.Efficacy of three short-course regimens of Zidovudine and Lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania,South Africa and Uganda （Petra Study）:a randomized, double-blind, placebo-controlled trial[J]. Lancet,2002,359:1178~1186

15. Jackson BJ, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up the HIVNET 012 randomised trial. Lancet. 2003; 362:859~868

16. Taha ET, Kumwenda IN, Hoover RD, et al.Nevirapine and Zidovudine at birth to reduce perinatal transmission of HIV in an African setting.JAMA.2004； 292（2）: 202~209

17. Moodley D, Moodley J, Coovadia H, et al. A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. J Infect Dis. 2003； 187（5）:721~724

18. Guay LA, Musoke P, Fleming T, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. Lancet 1999； 354:795~802

19. Coutsoudis A,et al.Type of breast-feeding and Mother-to-Child HIV Transmission[J]. Lancet 1999； 354:471~76

20. Newell ML,Coovadia H,Cortina-Borja M,et al.for the Ghent International AIDS. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa:a pooled analysis.Lancet 2004； 364:1236~43

21. 卫生部. 国家免费艾滋病药物治疗手册. 北京: 人民卫生出版社，2012



23. 世界卫生组织.HIV与婴儿喂养技术咨询.2006年10月

24. 周曾全、王临虹.预防艾滋病母婴传播—— HIV暴露婴幼儿喂养教程.昆明：云南出版集团，云南人民出版社，2012

25. 国家卫生部.预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作实施方案.2011

26. 蒋成芹、周曾全、Haoyu Qian等.云南省芒市采用高效抗反转录病毒治疗方案预防艾滋病母婴传播项目成果分析.中国妇幼卫生杂志.2011,2(3):142-144

27. Zengquan Zhou,Kathrine Meyers, Xia Li,et al.Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 Using Highly Active Antiretroviral Therapy in Rural Yunnan, China. J Acquir Immune Defic Syndr, 2010,53:S15 - S22

28. 胡海梅、郭光萍、陶莹等.两种高效抗反转录病毒方案预防艾滋病母婴传播的效果.中国妇幼保健.2012,27(17)：2627-2030

29. The Kesho Bora Study Group. Safety and effectiveness of antiretroviral drugs during pregnancy, delivery and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1: The Kesho Bora Multicentre Collaborative Study rationale, design, and implementation challenges. Contemporary Clinical Trials ,2011,32:74 - 85

30. Ford N, Mofenson L, Kranzer K, et al. Safety of efavirenz in first-trimester of pregnancy: a systematic review and metaanalysis of outcomes from observational cohorts. AIDS, 2010, 19;24(10):1461-1470

31. Ouyang DW, Shapiro DE, Lu M, et al. Increased risk of hepatotoxicity in HIV-infected pregnant women receiving antiretroviral therapy independent of nevirapine exposure. AIDS,2009,23(18):2425-2430

32. Department of health & human services.USA.Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States.2011,94-96

33. WHO. Use of antiretroviral drugs for treatment pregnant women and preventing HIV infection in infants, 2012

思考题：

1. 什么是艾滋病母婴传播？
2. 艾滋病母婴传播途径有哪些？
3. 影响HIV母婴传播的因素有哪些？
4. 简述预防婴幼儿HIV感染综合策略。
5. 为艾滋病感染孕产妇及所生儿童提供的干预措施有哪些？
6. 在PMTCT中，预防性抗病毒用药与治疗性抗病毒用药有何异同？
7. 全面的母婴保健服务有哪些？
8. 简述HIV感染母亲所生婴幼儿的保健内容。

（李　燕）

第十章　艾滋病职业暴露

本章简述HIV职业暴露的风险，分析职业暴露的常见原因，重点介绍普遍防护原则、职业暴露后的处理原则、暴露后风险评估分级和用药方案，介绍暴露后HIV监测、随访和咨询。

第一节　HIV职业暴露的危险

由于艾滋病的潜伏期很长，HIV感染者从外表无法辨别，却具有传染性；再者，因艾滋病没有特异的临床表现，病人到各科室（内科、皮肤科、神经科、口腔科等）就诊、就医时不易及时做出正确诊断，所以，医务人员在临床工作中面对更多的是潜在的传染源。

一　发生职业暴露常见的职业

医务工作者特别是外科、口腔科、妇产科医务人员，护理HIV感染者和艾滋病人的工作人员，有关血库、化验室和血液透析病室工作人员以及尸检人员等，都有可能暴露于感染HIV的危险中。

部分医护人员由于对HIV/AIDS相关知识的了解不够，认为在目前艾滋病的流行情况下，自己不可能接触到HIV感染者或艾滋病人，或者因为担心经济成本增加，或因为怕麻烦而仍然延续长期形成的不规范的操作习惯，不注意职业防护，这样发生职业暴露的危险性就会明显增加。

二　HIV职业暴露常见的情况

在HIV职业暴露史上，最早报道的是通过破损皮肤接触血液传播。美国对1498名从事艾滋病医疗工作的人员进行了随访，其中50%以上有割伤史或刺伤史；对105名经常护理、诊治艾滋病的医护人员的调查表明，其中82%的人有割伤史或刺伤史，但两项调查中均未见HIV抗体阳转者。

医务人员因为诊断、治疗或护理病人，接触并暴露于HIV传染源的机会较多。常见的HIV暴露情况有：



◇ 外科或妇产科医生在给HIV感染者或艾滋病人做手术时，被手术刀割伤或被缝合针刺伤。

◇ 口腔医生在给HIV感染者或艾滋病人拔牙或镶牙时，被病人的牙齿刮伤或被医疗器具损伤。

◇ 护理人员在给HIV感染者或艾滋病人抽血、注射时，被针头刺伤，或其伤口接触到感染者或病人的血液、含血的体液等。国外曾报道2名护士在护理艾滋病人过程中，不小心被沾有病人血液的针头刺伤脚背皮肤，分别在27天和45天出现HIV抗体阳性。

◇ 血库或化验室的工作人员被带有HIV的针头或玻璃损伤，或有伤口的部位接触到被HIV污染的血液、含血体液。

◇ 尸检人员在给HIV感染者或艾滋病人做尸检时，被手术刀割伤。

◇ 血液透析人员的伤口接触到HIV感染者或艾滋病人的血液、含血体液。

◇ HIV感染者和艾滋病人的血液或含血体液溅到医务人员的眼睛里。

三　HIV职业暴露的风险

◇ 如果暴露后急救处理措施得当，那么危险性则会降低。被针头刺伤后是否会感染HIV，主要取决于针头是否被HIV污染，如果针头被HIV污染了，就有感染危险。

◇ 一般而言，针刺的平均血量为1.4μL，一次针头刺伤感染HIV的概率为0.33%（美国曾调查HIV职业暴露的危险概率约为6.4/万，显著低于医务人员暴露于乙型肝炎病毒刺伤19%的感染概率）。

◇ 感染可能性大小与针头的特性、刺伤的深度、针头上有无可见的血液及血液量的多少、感染源患者的感染阶段以及被伤者的遗传特性有关。空心针头较实心针头感染的可能性大；刺伤越深、针头上被污染的血液越多，感染的可能性就越大，反之感染的可能性就小；如作为感染源的病人在被刺2个月内因艾滋病死亡，被感染的可能性则大。

◇ 仅黏膜或皮肤暴露于感染的血液，而无局部损伤的情况下被HIV感染的危险性大约为0.1%或更低。

◇ 暴露后感染的危险性也和接触的血量及含HIV血中病毒载量有关。

◇ 暴露后感染HIV危险性和接触者本身的免疫功能有关。

四　不会导致HIV感染的暴露

由于职业暴露而导致的HIV感染的概率是很小的，许多情况下可以不必过度紧张担心，如：

◇ 完整无破损皮肤或无新鲜流血的陈旧性伤口等接触HIV阳性血液、感染性体液且及时冲洗消毒后。

◇ 完整黏膜或皮肤黏膜结合部短时接触少量、低滴度（如HIV血浆浓度低于1500拷贝/毫升）HIV阳性血液或感染性体液。

◇ 接触HIV感染者或艾滋病人的尿液、汗液、泪液、乳汁、粪便。

类似上述情况的HIV暴露是不会导致感染的。

◇ 浅表皮肤被HIV污染器具碰撞致无出血性轻微刮擦伤。

◇ HIV污染的实心针（如手术缝合针等）刺伤表皮且无出血。

◇ 皮肤黏膜轻微损伤后接触潜伏期感染者、血浆HIV病毒载量较低者、正接受抗病毒药物治疗且未产生耐药性者的血液、感染性体液，或离体时间很长（如＞24小时）的HIV阳性血液、体液。

职业暴露后，存在感染HIV的危险性。但HIV的生存能力相对较脆弱，它在空气中不能存活很长时间。HIV的传染性也相对较弱，如果被HIV污染的针头偶尔刺破皮肤，其感染率很低，约为0.3%。

第二节 HIV职业暴露的预防

世界卫生组织推荐的普遍性防护原则认为：“在为病人提供医疗保健服务时，无论是病人还是医务人员的血液和体液，也不论他（她）是HIV抗体阴性还是阳性，都应当作为具有潜在传染性加以防护。”

一 普遍性防护原则

在医务工作中提倡普遍性防护原则，将医疗卫生人员接触到病人血液和感染性体液的危险性减少到最低程度，是预防因职业暴露而发生HIV感染的关键。这是因为：

◇ 与其他传染病相比，艾滋病的传染期长且不易发现传染源。感染者可在数月到数年甚至十余年后不表现出任何临床症状。当HIV感染者因其他原因到医院就诊时，不易被发现而成为潜在的传染源。

◇ 艾滋病人的临床表现多样且非特异性，很容易造成误诊，没有经验的医生往往会将这些病人误诊为一般的感冒、肺炎、结核等，而忽视其传播HIV的可能。

◇ 大多数感染者是隐匿的，甚至本人也不了解自己是否感染了HIV。

◇ 因为大众对艾滋病的认识存在偏差，HIV感染者和艾滋病人一旦暴露于公众会受到严重的歧视，使HIV感染者不愿意向他人甚至医生说明自己的HIV感染情况。

所以，在医疗工作中应把接触到的所有HIV情况不明的患者和物质都看做潜在的传染源进行防范，才能最大限度地降低职业暴露的危险。

二 HIV的消毒

为保证消毒效果，器具必须用热水和清洁剂洗干净后再消毒。所有符合消毒规范的消毒程序都足以杀灭HIV、乙型肝炎病毒和丙型肝炎病毒。常用的灭菌方法足以使HIV灭活。常用的两种灭菌方法是煮沸和化学灭菌。

（一）煮沸

煮沸是有效的灭菌方法，已清洗过的器具应煮沸20分钟。

三种常用的化学灭菌剂足以灭活HIV：

◇ 含氯灭菌剂，如漂白粉。

◇ 2%双氧水。

◇ 75%酒精。

（二）化学灭菌法

化学灭菌法主要用于不能采用加热法灭菌的器具。

三　如何避免职业暴露

（一）认真洗手

医务人员的手常常带有病原微生物，这也是造成病原体在病人中传播的主要原因之一。医务人员手上沾着的体液，可以很容易地用肥皂和水清除干净。

（二）使用防护设施避免直接接触体液

根据可能接触血液或体液量的多少，决定采用适当防护设施。常用防护设施包括乳胶手套、口罩、防护眼镜、隔离衣等。

（三）安全处置废弃物

运输废弃物的人必须戴厚质乳胶手套；处理液体废弃物必须戴防护眼镜；没有被血液或体液污染的废弃物，可按一般性废弃物处理。

（四）制订、实施医疗实验室安全操作和普遍性防护措施

制订安全操作指南以及必要的规章制度是预防艾滋病职业暴露的重要措施之一。严格贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施办法》、《全国艾滋病检测工作规范》、《消毒技术规范》、《医院感染管理规范（试行）》等法律法规，遵守医疗操作规程，采取严格的预防措施，特别是要落实有关防护措施，严格管理血液和血制品，认真执行消毒制度，加强消毒设置的配备使用。

医疗卫生人员因为工作原因接触HIV的机会较多，发生职业暴露的危险性较大，但只要我们认识了艾滋病的特点及HIV的特性，遵循普遍性防护原则，工作时严格执行安全操作规范及个人防护措施，HIV的职业暴露及医源性感染的预防是完全可以做到的。

第三节　HIV职业暴露后的处理

我们应该尽可能地避免HIV职业暴露，但事实表明，工作时也会有意外的情况出现。如果不幸发生HIV职业暴露，首先应立即进行局部紧急处理，包括轻挤血液、清洗、消毒局部等，并立即向单位负责人和当地疾病预防控制中心报告。暴露发生后处理程序见图10–1。

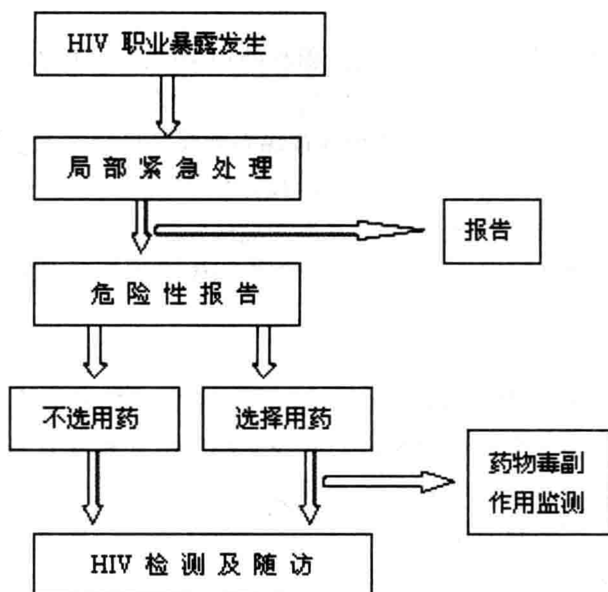


图10-1 暴露发生后处理程序

一 HIV职业暴露发生后应遵循的处理原则

由于艾滋病的特殊性，在HIV职业暴露发生后，通常应遵循如下四条原则：

◇ 及时处理原则。

◇ 报告原则。

◇ 保密原则。

◇ 知情同意原则。

（一）及时处理原则

意外暴露一旦发生，应尽快对暴露部位就近冲洗和消毒，这样可以及时去除部分暴露局部的HIV，减少其经血液向全身传播。

◇ 如是血液、体液等溅洒于皮肤表面应立即先用肥皂，再用清水、自来水或生理盐水冲洗。

◇ 如溅入口腔、眼睛等部位，用清水、自来水或生理盐水长时间彻底冲洗。

◇ 如发生皮肤黏膜针刺伤、切割伤、咬伤等出血性损伤，应立即挤出损伤局部的血，然后用清水、自来水或生理盐水等彻底冲洗，再用碘伏、75%酒精、0.2%次氯酸钠、0.2%～0.5%过氧乙酸、3%双氧水等消毒创面。

◇ 如需要服用抗病毒药物，服药时限是越快越好，一般在1小时内服药的预防效果最好。

（二）报告原则

职业暴露发生后要立即向单位负责人和当地疾病预防控制中心报告。报告的目的是为了部门和单位领导了解和分析意外发生原因和后果，以便于对当事人提供医疗和心理支持，并在发生暴露感染HIV情况下，对个人、家庭生活予以救助和提供必要

的社会保障。

报告时要查找事故原因，并对事故过程和处理情况进行详细记录。包括事故的发生时间、地点及经过、暴露方式、损伤的具体部位、损伤的程度、接触物的种类和含有HIV的情况、处理方法和处理经过（包括现场专家和领导的活动），详细记录用药情况及首次用药时间、药物的毒副作用情况及用药的依从性。

医疗卫生机构每半年应当将本单位发生艾滋病病毒职业暴露情况进行汇总，逐级上报至省级疾病预防控制中心，省级疾病预防控制中心汇总后上报中国疾病预防控制中心。

（三）保密原则

由于目前社会人群对艾滋病认识的偏差，导致HIV感染者面临来自各方的歧视和压力，因此，意外暴露发生后，当事人最好仅向部门主管和单位主要领导报告，有关知情者应为当事人严格保密，特别是已造成暴露感染的情况下，任何人不能向外界和无关人员泄露当事人的感染情况。

（四）知情同意原则

目前针对HIV暴露后使用的预防性用药（post-exposure prophylaxis，PEP）也就是采用抗HIV感染的抗病毒药物，第一次用药时间尽可能要早，第一次服药时间超过24小时，药物的有效性则不能保证；同时，所有用于暴露后预防的药物均有一定的毒副作用，且预防效果不是绝对的，只能降低意外暴露后感染HIV的发生概率。因此，如需服用抗病毒药物预防HIV感染，有关人员应先告知当事人有关利益和风险，在知情同意和充分考虑利弊的的基础上自愿选择是否使用。

二　HIV职业暴露评估及操作

暴露后应在对暴露情况和暴露源进行正确评估的基础上，决定是否进行抗反转录病毒预防性治疗和选择合适的治疗方案，并对暴露者给予咨询和指导。对艾滋病职业暴露的评估包括以下三步，具体见图10-2。

◇ 确定暴露级别。

◇ 确定暴露源级别。

◇ 推荐用药方案。

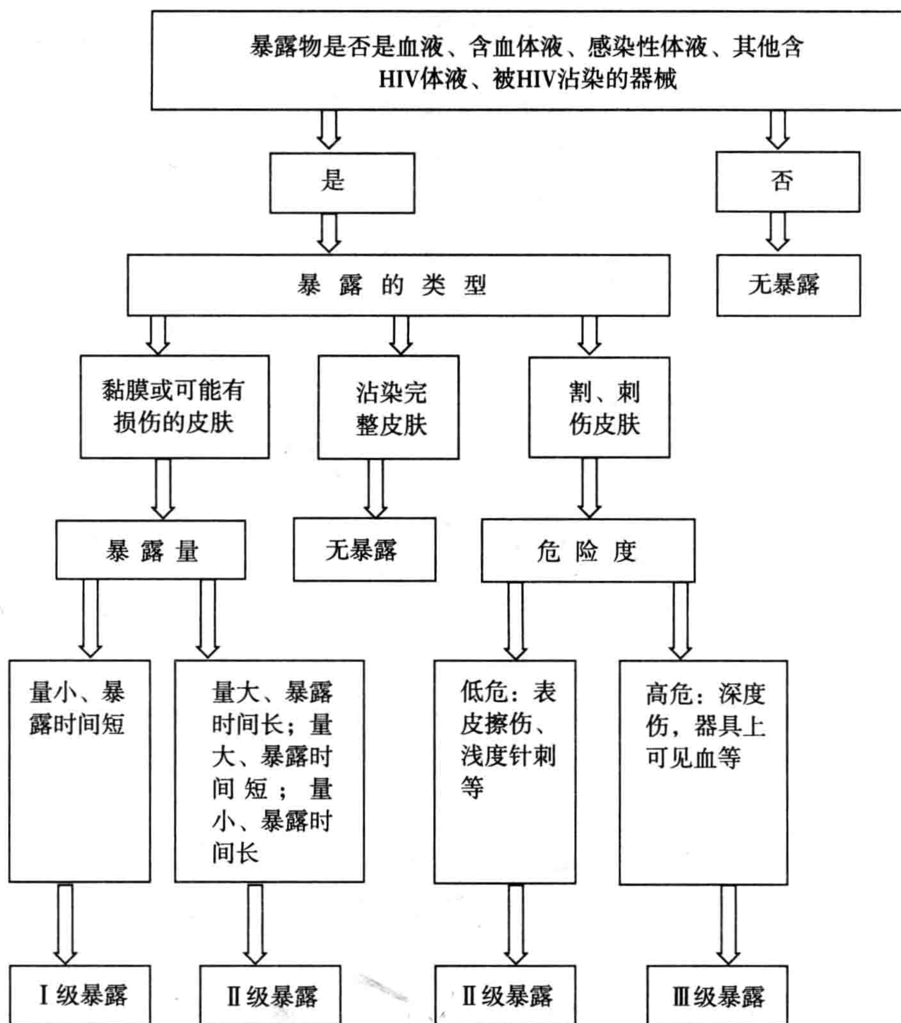


图10-2　HIV职业暴露评估

（一）第一步——确定暴露级别

艾滋病病毒职业暴露级别分为三级。

1. Ⅰ级暴露。

◇ 暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品。

◇ 暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者黏膜，暴露量小且暴露时间较短。

2. Ⅱ级暴露。

◇ 暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品。

◇ 暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者黏膜，暴露量大且暴露时间较长；或者暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较轻，为表皮擦伤或者针刺伤。

3. Ⅲ级暴露。

◇ 暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品。



◇ 暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较重，为深部伤口或者割伤物有明显可见的血液。

（二）第二步——确定暴露源危险度的级别

暴露源危险度的分级根据暴露源的病毒载量水平分为轻度、重度和暴露源不明三种类型，见图10-3。

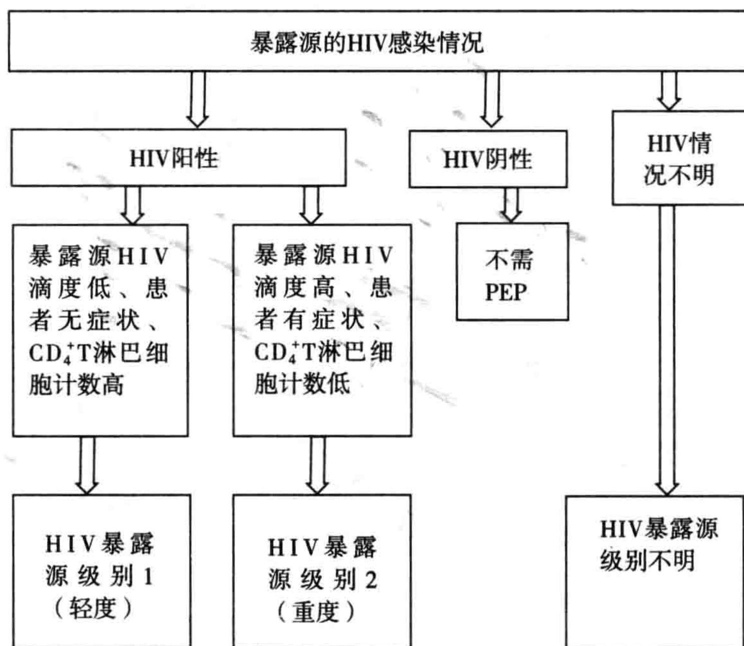


图10-3 暴露源危险的评估

1．轻度类型。

经检验，暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度低、艾滋病病毒感染者无临床症状、CD_4^+T淋巴细胞计数正常者，为轻度类型。

2．重度类型。

经检验，暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度高、艾滋病病毒感染者有临床症状、CD_4^+T淋巴细胞计数低者，为重度类型。

3．暴露源不明型。

不能确定暴露源是否为艾滋病病毒阳性者，为暴露源不明型。

（三）第三步——推荐用药方案

医务人员被含有HIV的血液或其他体液污染后，除了伤口的消毒和处理外，可以根据情况选择服用药物预防HIV感染的发生。药物预防即PEP已被证明可以减少针头刺伤后HIV感染的发生。

暴露后用药可预防感染，急性HIV感染的一些资料已经显示，HIV从局部到全身的感染需要一段时间，在此期内使用抗反转录病毒药物可阻止病毒的复制。在一个用猴免疫缺陷病毒（SIV）感染的模型中发现，在黏膜暴露于游离的病毒后24小时内，SIV只感染被注射局部的树突状细胞，而在24～48小时后，这些感染的细胞转移到局部的

淋巴结，在5天内可以在周围的血中检测到病毒。基于上面的原理，HIV暴露后应尽可能早地使用抗反转录病毒药物治疗，通过限制靶细胞或淋巴结中病毒的复制而阻止HIV全身的感染。所以职业暴露后用药是有预防作用的。

暴露后预防性用药的推荐方案是至少使用两种药物。基本用药方案主要在不太严重的职业暴露或在职业暴露情况不明时使用。如果伤害程度严重，暴露后强化用药方案是指在基本用药方案的基础上，再增加一个蛋白酶抑制剂或非核苷类逆转录酶抑制剂，这样的组合具有更强的抗病毒活性。

1. 职业暴露后预防性抗反转录病毒治疗方案和剂量。

（1）职业暴露后预防性抗反转录病毒药物治疗方案见表10-1。

表10-1　职业暴露后预防性抗反转录病毒药物治疗方案

治疗方案	常用药物组合
基本用药方案	AZT（ZDV）+3TC 首选组合
	TDF+3TC
	d4T+3TC
	ddI+3TC
强化用药方案	AZT+3TC+ Kaletra；LPV/RTV首选组合
	AZT+3TC+IDV
	基本用药方案 + EFV

（2）药物剂量。

齐多夫啶（AZT）（ZDV）：300mg q12h，餐时服用。在职业暴露预防用药中，AZT（ZDV）比其他的抗病毒药物用得更普遍。

拉米夫啶（3TC）：300mg qd 或150mg q12h。

有条件的话，用 Combivir™ 双太芝（AZT+3TC），每次1片，q12h。

替诺福韦（TDF）：300mg qd。

司他夫啶（d4T）：40mg q12h（如果出现毒性反应，把剂量降至20~30 mg q12h）；如果体重<60 kg，30mg q12h。

去羟肌酐（ddI）：咀嚼片/缓释片，空腹时服用，体重>60kg时，200mg q12h，或者400mg qd；体重 <60kg时，125mg q12h或者250mg qd。

克立芝（Kaletra）：即洛匹那韦-利托那韦（LPV/RTV）：200/50 mg q12h，餐时服用。

茚地那韦（IDV）：800mg q8h。

依非韦仑（EFV）：每天600 mg，睡前服用。

2. 开始治疗的时间及疗程。

（1）暴露后预防用药最佳时间。暴露后预防开始的时间越早，降低体内HIV复制和消灭活病毒的机会就越好。很多专家推荐最好在暴露后1～2小时，最长不超过24小时内用药；动物实验研究显示在暴露后24～36小时开始服药将无预防作用。不过，美国CDC仍推荐对情况严重的职业性暴露，即使暴露后1～2周仍应该预防用药。



（2）暴露后预防用药疗程。职业暴露后预防的疗程一般为28天。在动物实验中发现4周的疗程可以阻止所有暴露动物的感染。如果服药过程中减少3～10天药物，其保护作用将会减低和不完全。

（3）药物储备。目前我国在全国县级及以上的疾病预防控制中心（CDC）均常规储备2～3种药物便于对事故提供快速反应。如果不幸发生职业暴露可与上述机构联系。

3．暴露后药物预防效果和失败的原因。

虽然暴露后有些药物可以预防HIV感染，但并不是百分之百有效。有资料报道，服用药物后可以减少81%的危险。目前国外已经至少有21例预防失败的报道，所以在工作中最重要的是尽量减少暴露。

影响暴露后用药失败的原因有：

◇ HIV有多种亚型，如果暴露于一个耐药的HIV病毒株，预防用药可能失败。所以选择的药物应尽量与暴露源的治疗药物不同。

◇ 在暴露严重的情况下预防可能失败。动物实验已经证实，大量病毒接种，预防的有效性会减低。

◇ 从药物预防暴露后HIV感染的机制可见，延迟用药的开始时间，病毒已经在靶细胞内大量繁殖或病毒已经在外周血中出现，药物的预防作用会减低。

◇ 因不能承受药物副作用或其他原因而导致没有坚持全程28天服药或服药剂量不足，预防用药的效果也会减低。

暴露源的HIV检测结果明确后，如果暴露源被证实为HIV阴性，应终止预防性服药；如果暴露源被证实为HIV阳性，应重新评估暴露的危险性并根据评估结果调整或修改预防用药方案。因此，临床实践中决定是否预防用药，是用2种还是用3种抗病毒药物等，应由有经验的医生与被暴露者共同分析讨论包括暴露与暴露源级别、感染的危险度以及用药利弊等，最后由被暴露者根据自己的情况，做出是否用药的选择和决定，职业暴露时基本用药方案和强化用药方案的选择见表10–2。

表10–2　职业暴露时基本用药方案和强化用药方案的选择

暴露级别	暴露源HIV病毒载量水平	是否进行预防用药	治疗方案
Ⅰ级	低传染性	不进行预防用药	
	高传染性	建议进行预防用药	基本用药方案
Ⅱ级	低传染性	建议进行预防用药	基本用药方案
	高传染性	建议进行预防用药	强化用药方案
Ⅲ级	低传染性	建议进行预防用药	强化用药方案
	高传染性	建议进行预防用药	强化用药方案
Ⅱ级或Ⅲ级	暴露源情况不明	建议进行预防用药	基本用药方案

（四）暴露后HIV监测、随访和咨询

为了减低HIV职业暴露的危害，保证身心健康，凡是HIV职业暴露的人员都应定期接受HIV血清学监测、随访和咨询。

1．HIV监测。

HIV职业暴露发生后，应立即抽取被暴露者的血样作HIV抗体本底检测，以排除是

否有既往HIV感染；如检测结果阴性，不论经过危险性评估后是否选择暴露后预防用药，均应在事故发生后第4周、8周、3个月、6个月分别抽取血样检测HIV抗体，以明确是否发生HIV感染。

2. 随访。

除监测HIV外，还应对暴露者的身体情况进行观察和记录。如通过观察暴露者是否有HIV感染的急性期临床症状，可以更正确地估计感染的可能性，及时调整处理措施或用药方案；另外，通过随访还可了解暴露后是否存在除HIV感染以外的其他危险，如外伤、感染引起的败血症等，给予相应的治疗。

随访对于选择了HIV暴露后预防用药的人员还可以了解药物的副作用发生情况及身体对药物的耐受情况，给予及时处理。

由于暴露后预防用药有一定毒副作用，包括对肝、肾、胰腺等重要脏器及骨髓功能有影响，因此，HIV职业暴露后，如果选择预防用药，就应该由具有艾滋病相关治疗经验的医生对暴露者服药后情况进行监测，主要监测药物的毒副反应。最基本的监测是血常规、肾功能和肝功能。在开始服用药物前，最好做一次包括全血细胞计数、血小板计数、肾功、肝功、尿常规、血生化指标、肌酐等相关指标的基线检查。如果服用的是ddI和d4T，还应该监测血淀粉酶；如果服用的是IDV，应该监测血糖、尿常规。一般在服药2周后开始监测，以后每隔一周进行一次监测。如果监测结果出现停药或换药的指征，应即停药或换药。

3. 暴露后咨询。

职业暴露后提供咨询的内容应针对被暴露者的特点、需求，例如被暴露者是个孕妇，她可能关心自己能否继续妊娠、预防用药对胎儿的影响以及今后生育问题；如被暴露者是个清洁工，收病房垃圾时被污染的针头刺伤，他可能关心今后的工作、医疗保险、家庭生活等问题。因此，必须针对每个人的需求提供咨询。暴露后提供咨询的主要内容包括：

◇ 影响HIV职业暴露的有关因素。
◇ 如何评估HIV职业暴露危险性的高低。
◇ 此次职业暴露的可能性及危险程度。
◇ 预防用药的利弊。
◇ 预防用药的副作用与注意事项。
◇ 坚持用药的必要性。
◇ 保证营养，保持正常情绪、正常生活的重要性。
◇ 做HIV抗体检测的意义，阳性、阴性、不确定结果意味着什么。
◇ 定期检测的重要性。
◇ 在等待检测结果期间应注意什么。
◇ 在一年观察期内，在家庭生活中应注意什么。
◇ 在一年观察期内，工作中应注意什么。
◇ 今后怎样预防HIV职业暴露等。



咨询中要强调保密

保密是艾滋病咨询的重要原则，也是伦理学的重要原则。它是鼓励被暴露者畅所欲言的基础，是对被暴露者人格及隐私权的最大尊重。只有做好保密工作，被暴露者才感到安全，才敢谈出自己未向任何人泄露的内心隐私。由于社会、甚至家庭对HIV感染者和艾滋病人存在歧视，发生职业暴露同样也面临社会的歧视，如果咨询员不能对某人职业暴露以及做HIV检测一事保密，将给其带来巨大的心理压力或不必要的麻烦。

此外，被暴露者个人的隐私权受法律保护，咨询员随意泄露被暴露者的私人秘密，不仅违背职业道德，有时还要负法律责任。

（五）被暴露者在生活工作中的注意事项

在尚未证实该职业暴露没有导致被暴露者感染HIV的情况下，也就是从暴露发生起半年的时间内，应将被暴露者视为可能的HIV传染源加以预防。具体措施主要包括：

◇ 生活中，被暴露者应在每次性交时使用安全套。

◇ 育龄妇女暂缓怀孕。

◇ 孕妇要根据危险性评估的结果权衡利弊，决定是否终止妊娠。

◇ 哺乳期女性应中断母乳喂养改用人工喂养。

◇ 在生活中避免与他人有血液或感染性体液的接触或交换等。

（六）孕妇发生暴露者的处理

如果职业暴露者正在怀孕期间，应该慎重考虑孕妇和胎儿的情况。有些药物应该避免在孕妇中使用，在动物实验中已经被观察到施多宁有致畸作用，ddI和d4T有致命性乳酸酸中毒的报道，佳息患有引起高胆红素的可能，因此需仔细评估暴露后的危险性是否需要选择预防用药；如果选择预防用药还要考虑药物对胎儿的影响。所以怀孕期间的妇女，特别是在妊娠3个月以内，工作中应多加小心，尽量避免发生职业暴露。

（七）药物常见的不良反应

有资料显示，几乎50%的职业暴露者服药后有不良反应如恶心、不适、头痛、食欲减退等；约有33%的人因为不良反应而停止用药。在三联方案中，副反应的发生率和中断治疗者比两联方案更常见。

有时开始服用抗HIV药物前几天可能产生诸如头痛、胃肠道综合征（恶心、呕吐、腹泻和消化不良）等较轻的副作用。一般情况下，比较严重的副作用（例如使用AZT抑制骨髓生长所导致的贫血和全血细胞减少症，在健康人身上是很少见的）不会在开始服药的4周内发生，通常这些严重副作用出现在长期用药之后。

具体各种药物的不良反应：

1. 双汰芝。

主要由AZT引起的，常见的副作用是头痛、疲劳、胃肠反应、失眠、精神不振、骨髓抑制造成贫血或/和粒细胞减少。当血色素$<7.5g/dL$或粒细胞$<2000/mm^3$应该换用其他药物，而不应该停止抗反转录病毒药物的应用。

2. ddI。

外周神经炎，发生率1%～12%；胰腺炎，发生率1%～9%。为了减少其发生率，在服药期间少吃肉类或富含脂肪的食品，禁止饮酒。当血淀粉酶＞1.5～2倍正常上限时，应换药；胃肠反应，恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。

3. d4T。

外周神经炎，发生率15%～21%；胰腺炎、肝炎等。

4. Kaletra。

不良反应有消化道的不耐受、肝炎、虚弱等。但就总的情况看，使用目前的药物方案预防职业暴露后HIV感染，其耐受性是可接受的。

5. IDV。

常见的有虚弱／疲劳、头疼、恶心、呕吐、腹痛、腹部不适、腹泻、口唇和皮肤干燥、失眠、嗅觉异常、药疹。其次是肾结石，故应该在服药期间大量饮水，每天饮用至少1.5升水；约10%～15%病人间接胆红素升高，很少伴有ALT、AST的升高。

6. EFV。

主要的毒副作用是中枢神经毒性，发生率约40%。有头晕、失眠等。建议睡前服药，通常用药两周后缓解。其他还有皮疹，严重皮疹在5%之内。

（八）附录案例

案例1：某清洁员的职业暴露

李X是艾滋病病房的清洁员，在处理艾滋病房污物过程中，被混在污物中的一根穿刺针划破手指表皮，无出血。住院病人均为晚期艾滋病人。立即用流动的自来水冲洗，然后给予碘酒、酒精消毒皮肤。专家评估认为，暴露源清楚，无出血，属于一级暴露。专家认为不必预防性用药。但李X坚决要求用药，在向其说明药物副作用及相关事宜后，采用了基本用药方案：双汰芝300mg/次，每日2次，连续使用28天。抽血检测HIV抗体作为基线结果，并在6周、3个月和6个月时检测HIV抗体，均阴性。

案例提示：

◇在医疗工作中，尤其在为艾滋病人服务过程中，应严格贯彻普遍性防护原则，包括将锐器例如针头、刀片等与其他物品分开存放和处理，以免发生混在污物中被扎伤等事故。

案例2：某门诊医生的职业暴露

某院艾滋病门诊，有一病人在门诊就诊中突然发生上消化道大出血，以大量呕血为主，医生刘X在抢救该病人过程中，突然有病人呕吐的血液喷射到了她的眼睛里和脸上。她立刻用清水洗脸，并用氯霉素眼药水点眼。后经专家指导，用生理盐水冲洗眼睛。专家评估为二级暴露，服用双汰芝28天，抽血检测患者HIV抗体阳性，抽血检测HIV抗体作为基线结果，并在6周、3个月、6个月时检测HIV抗体，均阴性。

案例提示：

◇在临床工作中，尤其是为艾滋病人的医疗操作中，一要注意戴口罩，二要戴防护镜。

◇属于黏膜的暴露，不要用眼药水滴眼，因冲洗不



彻底，会增加感染机会。应该用生理盐水彻底冲洗眼睛。

案例3：某产科护士职业暴露处理过程

某妇产医院护士张X，在为一艾滋病病人做静脉穿刺时，由于紧张，不慎将刺入患者静脉的针头扎进自己的左手背。她立即由远端向近端挤压，用流动的自来水冲洗，然后给予碘酒、酒精消毒。专家评估为三级暴露，采取强化用药方案：双汰芝300mg/次，q12h，佳息患（IDV）400mg q8h，连续使用28天。并给张X采了血样，嘱其在以后的6周、3个月、6个月、12个月到市疾控中心做HIV检测。检测结果阴性。有关人员当着张×和医院有关人员的面，将所有信息登记在“HIV职业暴露人员个案登记表”中，并请张×和她的同事确认记录情况属实，在登记表中签字。

案例提示：

◇给艾滋病病人治疗时不必要紧张，严格按照规程操作，将是安全的。

◇及时处理伤口和服药至关重要。

◇做好医学随访，所有检测标本均需按统一要求采集、留样备用，并做好记录。

◇职业暴露的处理涉及今后的法律诉讼，因此处理必须按评估程度、保密，并有当事人和有关证明人在相关表格上对记录的认可，殊为重要。

案例4：某警务人员的职业暴露

某市派出所张警官接到群众报案，一男人死在街上，他立即赶到案发现场。果然有一名中年男子仰面躺在柳树下，张警官马上对该男子进行检查，发现死者约30多岁，死亡多时，左右手及双脚有密密麻麻的针眼，估计是吸毒者。张警官在死者衣袋里搜寻身份证，当他的右手刚伸进死者西服口袋时，突然感到手掌一阵刺痛，他马上抽出右手，右手掌已被深深地扎出一个小眼，鲜血很快从针眼里冒出了。张警官从死者口袋里取出一支针头已经压弯的注射器，针管里还残留了一些凝固的血液。他把手上血擦干后，继续处理现场。张警官后来到卫生防疫站对伤口进行了消毒处理，此时离被刺伤已达5小时！医务人员立即让张警官服用两种抗HIV药物，并对张警官的有关情况进行详细记录。以后在被刺伤的第3个月和6个月，张警官分别接受了两次HIV抗体检测，均为阴性。

案例提示：

◇警务人员应该具有艾滋病防治基本知识与自我防护意识，在日常工作中，对可能感染HIV的对象如吸毒者等，采取普遍性防护原则。采取一些可以保护自己不被刺伤或接触工作对象血液的方法，例如戴手套检查衣物等，做好自我防护工作。

◇一旦发生意外刺伤等职业暴露，应立即对伤口进行消毒处理，不要延误。

◇高度怀疑的暴露源，如静脉吸毒者，感染HIV的几率非常高。如果没有条件检测HIV，完全可以按照HIV职业暴露处理。

参考文献：

1. USA CDC. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 2001；50（No. RR~11）:1~52

2. USA CDC. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 2005；54（No. RR~9）:1~17

3. USA CDC. Notice to Readers: Updated Information Regarding Antiretroviral Agents Used as HIV Postexposure Prophylaxis for Occupational HIV Exposures. MMWR 2007； 56（49）:1291~1292

4. 卫生部:卫医发〔2004〕108号. 医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）

5. 程峰主编. 艾滋病职业暴露预防手册. 北京：人民卫生出版社，2003

思考题：

1. 什么是HIV职业暴露？
2. HIV职业暴露的传染源有哪些？
3. HIV职业暴露常见于哪些情况？
4. 工作中怎样避免职业暴露？
5. 什么是普遍性防护原则？ 普遍性防护原则的主要内容是什么？
6. 暴露发生后处理程序是什么？
7. 如何对职业暴露进行评估处理？
8. 暴露后预防用药推荐方案是什么？
9. 暴露后如何进行HIV监测和随访？

（周曾全　劳云飞）



第十一章　药物滥用概述

本章着重介绍药物概念及分类，药物滥用对健康的危害，药物依赖的神经生理和神经心理机制，应用快感—戒除反应理论、条件化理论、诱因易感化模型，分析药物滥用对个人、家庭和社会的危害。

第一节　药物的概念和分类

一　与药物相关的重要概念

药物（psychoactive substances），又称物质（substances）、精神活性物质（drug）、成瘾性物质，指能够影响人们心境、情绪、行为，改变意识状态，并有致依赖性作用的一类化学物质。人们使用这些物质的目的在于取得或保持某种特殊的心理和生理状态。

毒品是人们经常使用到的一个词语，通常被认为是一个相对的概念。从医学的角度看，毒品首先是一种药品，是用来防病、维护健康、治病或缓解病痛的物质之一，由于使用不当，偏离了原本的医疗用途而成为“毒品”。从法学的观点来看，毒品被理解为对个人和社会有严重危害的特殊物质，是受法律程序严格管理和控制使用的违禁品。2007年颁布的《中华人民共和国禁毒法》指出，毒品是指鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因，以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品。这个定义反映了现今社会中人们所理解的“毒品”本质。

依赖（dependence）和滥用（abuse）是一组相近但不同的概念。

在国际疾病ICD-10分类系统中，依赖综合征被称为一组生理、行为和认知现象的总和，即使用某种或某类药物对个人来说极大地优先于其他曾经比较重要的行为。这种自我用药的行为导致了耐受性增加、戒断状态出现和强制性觅药行为。

耐受性（tolerance）是指个体必须增加所用药物剂量才能达到预期的效果，或使用原来的剂量不能获得所追求的效果。戒断状态（withdrawal state）是指在反复地、长期地和／或高剂量地使用某种药物后，停止使用、减少药物剂量或使用拮抗剂占据受体后出现的一组特殊的生理心理症状群，常导致个体明显的痛苦和烦恼，出现社交、职业或其他方面功能的缺损。其起病和病程均有特定的时间限制，并与停药／减量前所

使用药物的种类和剂量有关，一般表现为与所用药物的药理作用相反的症状。

而滥用则被称为“有害使用”，指使用某种精神活性物质对个体健康造成了躯体或精神上的损害。有害使用的方式经常受到他人的批评，并经常导致各种类型的不良社会后果，如不能完成重要的工作、学业，婚姻不和，导致法律上的问题等。滥用与依赖的不同之处在于，滥用者没有明显的耐受性增加或戒断状态。

二 药物的分类

根据药理特性，药物可以分为以下几类：

（一）阿片类物质

阿片类物质（opiates）具有镇静、镇痛、止咳、安眠、呼吸抑制、降温等中枢抑制作用。包括天然、人工合成或半合成的阿片类物质，如海洛因（heroin，diacetylmorphine）、吗啡（morphine）、鸦片（opium）、美沙酮（methadone）、丁丙诺啡（buprenornhine）、杜冷丁等。

海洛因

1874年，英国化学家C.莱特在吗啡中加入冰醋酸等物质，首次提炼出镇痛效果更佳的半合成化衍生物二乙酰吗啡，即海洛因。海洛因来源于鸦片，俗称“白粉”、“白面”、“四号”，为阿片系列物质中最纯净的精制品。海洛因是白色结晶粉末，微溶于水，味苦，在黑市因纯度不一，表现为由浅棕色至白色不等的外观；为牟取暴利，各级贩卖者在其中混杂奶粉、咖啡因、发酵粉、葡萄糖或滑石粉等杂质。通常用锡箔包装或以封口塑胶袋方式流通市面。

一般来说，使用者将海洛因注射入体内，亦有人会直接用鼻吸入粉末以及烟雾等，俗称“追龙”。海洛因进入人体后，首先被水解为单乙酰吗啡，然后再进一步水解成吗啡而起作用。因为海洛因的水溶性、脂溶性都比吗啡大，故它在人体内吸收更快，易透过血脑屏障进入中枢神经系统，产生强烈的反应，具有比吗啡更强的抑制作用，其镇痛作用亦为吗啡的4~8倍。最初的海洛因曾被用作戒除吗啡毒瘾的药物，后来发现它同时具有比吗啡更强的药物依赖性，常用剂量连续使用两周甚至更短即可成瘾，由此产生严重的药物依赖。

为追求降低海洛因用量或追求欣快感，使用者常有多药滥用现象，即将海洛因与苯二氮卓类药物（安定、三唑仑等）、抗精神病药物（氯丙嗪）等合并使用。使用海洛因给个人、家庭和社会造成危害，注射海洛因者可能会因共用针具而感染艾滋病病毒或肝炎病毒。

世界各国对海洛因的控制相当严格，贩运海洛因属严重罪行，可判处终身监禁或死刑。以我国为例，根据《中华人民共和国刑法》规定，贩卖毒品（含海洛因）50克或以上，即可判处死刑。但在暴利的驱使下，海洛因至今仍是很多国家滥用得最广泛的毒品之一。

（二）中枢神经系统兴奋剂

中枢神经系统兴奋剂（stimulants）又称精神兴奋剂（psychostimulants），指能兴奋



中枢神经系统的物质，可使使用者处于高度警觉、活动增加、情绪振奋、睡眠减少、呼吸兴奋、血管收缩、体温升高和抑制食欲等中枢兴奋状态。包括苯丙胺类、可卡因、咖啡因等。

目前在我国滥用得较多的是苯丙胺类兴奋剂（amphetamine-type stimulants）。苯丙胺类兴奋剂为麻黄碱类似物，指苯丙胺及其同类化合物，包括苯丙胺（amphetamine）、甲基苯丙胺（methamphetamine）、3,4-亚甲二氧基苯丙胺、麻黄素（ephedrine）、芬氟拉明等，是作用最强的拟交感神经胺类中枢神经兴奋剂之一。

甲基苯丙胺于20世纪80年代后期合成，与其他中枢神经系统兴奋剂相比，其兴奋作用更强、依赖性更高，因外观似水晶而被称为“冰”（ice）。被滥用得比较广泛的摇头丸（ecstasy，MDMA）则是以3,4-亚甲二氧基苯丙胺为主要成分的一系列中枢神经系统兴奋剂的混合制剂。

新型毒品是近年来用得较多的一个词。所谓新型毒品是相对鸦片、海洛因等传统毒品而言，主要指人工化学合成的致幻剂、兴奋剂类毒品，是由国际禁毒公约和我国法律法规所规定管制的、直接作用于人的中枢神经系统、使人兴奋或抑制、连续使用能使人产生依赖性的精神药品。目前在我国流行、滥用的摇头丸等新型毒品多在娱乐场所使用，所以又被称为“俱乐部毒品”、“休闲毒品”、“假日毒品”，包括冰毒、摇头丸、K粉等。

K粉

K粉是氯胺酮（Ketamine）的俗称，也称“K仔”、“笳”或“开他敏”，是一种非巴比妥类静脉全麻药。临床上用作手术麻醉剂或麻醉诱导剂，具有一定的精神依赖性潜力。近年来在一些歌厅、舞厅等娱乐场所发现了氯胺酮的滥用现象。2001年5月9日，中国国家药品监督局将氯胺酮列入二类精神药品管理。

氯胺酮于20世纪60年代在美国发明后，曾在越战中被当做麻醉剂在野战创伤外科中广泛使用。但是，氯胺酮作为被滥用的药物已有30多年的历史。1971年，美国旧金山和洛杉矶市首先报告氯胺酮滥用病例；此后，片剂、粉剂陆续出现在街头毒品黑市中。氯胺酮主要滥用于一些通宵跳舞的娱乐场所。1999年以来，氯胺酮流入日本、泰国和香港地区。

K粉的吸食方式为鼻吸或溶于饮料后饮用，能兴奋心血管，吸食过量可致死，具有一定的精神依赖性。K粉成瘾后，在药物作用下，使用者会疯狂摇头，很容易摇断颈椎；同时，疯狂的摇摆还会造成心力、呼吸衰竭。吸食过量或长期吸食，可以对人体的心、肺、神经等都造成致命损伤。

（三）中枢神经系统抑制剂

中枢神经系统抑制剂（depressants）指能抑制中枢神经系统的物质，具有镇静、催眠、抗惊厥作用。包括酒精（alcohol）、苯二氮卓类药物、巴比妥类药物等。

（四）大麻

大麻（cannabis，marijuana）大麻是一种古老的农作物，其成分较为复杂，主要成分为四氢大麻酚，使用低剂量时表现为兴奋作用，增加剂量后则以抑制作用为主，可使人进入梦幻状态，陷入深沉的睡眠中，因此大麻也是一种著名的致幻剂。

（五）致幻剂

致幻剂（hallucinogen）指在不影响意识和记忆的情况下，能改变人的感知觉、思维和情感状态的物质，也成为迷幻药物和拟精神病药物，如麦角酸二乙酰胺、仙人掌毒素等。

（六）挥发性溶剂

挥发性溶剂（solvents）的中枢作用与酒精、巴比妥类中枢抑制剂类似，如甲醇、丙酮、汽油、樟脑油等。

（七）烟草

烟草（tobaccos）的主要生物碱成分是烟碱，即尼古丁（nicotine）。

第二节　药物滥用的危害

一　药物滥用对健康的危害

（一）所致依赖性

世界卫生组织将药物依赖性分为精神依赖性和身体依赖性。精神依赖性又称心理依赖性。凡能引起令人愉快意识状态的任何药物即可引起精神依赖性，精神依赖者为得到欣快感而不得不定期或连续使用某些药物。

身体依赖性也称生理依赖性。用药者反复地应用某种药物造成一种适应状态，停药后产生戒断症状，使人非常痛苦，甚至危及生命。

能引起依赖性的药物常兼有精神依赖性和身体依赖性，阿片类和催眠镇痛药在反复用药过程中，先产生精神依赖性，后产生身体依赖性。可卡因、苯丙胺类中枢兴奋药主要引起精神依赖性，但大剂量使用也会产生身体依赖性。少数药物如致幻剂只产生精神依赖性而无身体依赖性。

阿片类药物的依赖性

阿片的种植与药用已有数千年的历史，很久以来就有滥用的报道。到1804年才发现阿片中的主要有效成分——吗啡具有很高的依赖潜力。1853年发明了注射器之后，吗啡成瘾遂开始流行。海洛因于1874年被合成，1898年开始用来治疗吗啡毒瘾者。让人意想不到的是，海洛因在一个多世纪以来，竟成为最易致依赖且在全世界范围内广为流传的一种毒品。

海洛因在大小动物中均可建立依赖的动物模型。有报道称，有人使用海洛因每日4次，每次1克，连续3天即可能产生依赖。一般来说，连续使用阿片类药物后，机体会逐渐产生耐受性，因而需要增加用量才能获得原来的效果。与此同时，也就形成了“心理依赖”，即强制性地觅求该药物来满足使用后产生的特殊快感和相应的心理体验。依赖形成之后，一旦中断用药便会产生一系列难以忍受的戒断症状。使用者为追寻药物作用下的特殊快感、避免中断用药后的戒断症状，就产生了不停地继续用药行为，难以自拔。



（二）过量中毒和死亡

滥用阿片类药物可能造成急性中毒。阿片类药物过量中毒是使用阿片类药物、或阿片类药物混合其他药物（包括临床用药）总量超过身体承受能力时，出现昏迷、呼吸抑制等危及生命的状况。死亡的主要原因为用药过量造成呼吸抑制。

> **过量中毒的预防项目和医护人员的应对策略**
>
> 有研究表明，曾有过量中毒经历的药物滥用者，再次过量中毒的风险较高。在纽约对772名海洛因、"快克"、可卡因使用者的调查发现，调查前6个月内发生过量中毒的受访者中，有过量中毒经历的人是没有过量中毒经历的28倍。所以，让那些有过量经历的人了解和掌握预防过量的知识和应对方法是一项紧迫的任务，有必要在药物滥用人群中开展过量中毒的预防项目。
>
> 过量中毒的预防项目要反复强调过量中毒的风险，优先对有过量中毒经历的人开展过量中毒预防培训，并为他们提供纳洛酮。
>
> 经常抢救阿片类药物过量中毒的医务人员和同伴，应该建立标准化的过量应对措施，内容包括为当事人提供过量预防与应对培训、提供纳洛酮、转介到美沙酮维持治疗门诊等。实践证明，这些措施在降低过量中毒的风险方面已经取得了很好的效果。
>
> （摘自《减少危害综合干预新策略——阿片类药物过量中毒预防》）

据研究，阿片类药物依赖者的死亡率通常高于普通人群15倍，而过量中毒正是注射使用毒品人群高死亡率的主要原因之一。美、英两国研究发现，每年每千名吸毒者死亡率分别为16~30名不等。在中国的个旧、昆明、宁波的调查显示，分别有90%、73%和39%的毒品使用者见过海洛因／阿片类药物过量致死的情形。

> **阿片类药物中毒的解毒剂——纳洛酮**
>
> ○ 纳洛酮是一种安全有效的阿片类药物过量的解毒剂，于1960年开始用于急救。
>
> ○ 纳洛酮对非阿片类药物过量无效，如苯丙胺类兴奋剂、苯二氮卓类药物和致幻剂等。
>
> ○ 纳洛酮没有滥用潜力，WHO很多年前就将其列入基本药物名单中。
>
> ○ 纳洛酮最佳的使用方法是肌肉注射，最好是在上臂和大腿的肌肉注射。
>
> ○ 纳洛酮的一次常用剂量为1~2ml（0.4~0.8mg），剂量加大也是安全的。在第一次注射未起效时，可进行第二次注射。
>
> ○ 纳洛酮可能导致出现严重的戒断症状，特别是在大剂量使用、或者是通过静脉注射时。
>
> ○ 纳洛酮进入体内后1~5分钟起效，在体内的作用时间约为60~90分钟。
>
> 由于纳洛酮的代谢时间短于海洛因等阿片类药物，纳洛酮代谢完成后，过量中毒者可能会重新出现过量症状，因此，对过量中毒者应当进行数小时的观察和照顾。
>
> （摘自《减少危害综合干预新策略——阿片类药物过量中毒预防》）

（三）其他躯体疾病

注射毒品者常因注射器、针头、溶液以及药品的污染造成一系列病原体的感染。最常见的是细菌感染，如金黄色葡萄球菌造成的皮肤感染和深层感染、细菌性心内膜炎或骨髓炎等，最终形成败血症或神经系统与肾脏并发症。有时病人则由于注射时的细菌污染，直接产生破伤风。后者约90%可以致死。此外，长期注射毒品者极易罹患结核病，酿成慢性消耗性病症，在营养不足与抵抗力低下的状况中死去。

使用污染注射器吸毒者另一类严重并发症是艾滋病、病毒性肝炎等血液传播疾病。截至2008年12月，中国累计报告艾滋病病毒感染者／艾滋病病人276335例，其中注射毒品传播占32.8%。注射毒品人群之所以容易播散艾滋病在于他们分享使用已污染的注射器，因而使HIV迅速传播。

不容忽视的是，使用苯丙胺类兴奋剂者可产生性亢奋和暴力攻击倾向，有人曾诉说吸食冰毒后的感觉是“血液沸腾，敢干平时最不敢干的事”，因此易引发性侵害、群体性交、暴力攻击等事件。此外，使用苯丙胺类兴奋剂者绝大多数有过早性行为，且有多个不固定性伴，这些都成为艾滋病传播的新隐患。

（四）其他药物滥用对健康的影响

1．急、慢性酒中毒及其远期后果。

滥用含乙醇的饮料超过个体能够耐受的剂量时可产生急性酒中毒，需要积极救治，否则亦可危及生命。一次饮酒超量形成的各种类型的醉酒状态，实质上是乙醇所致的心理异常，严重者会影响到他人安全与社会秩序。

慢性中毒者中不少人同时存在着人格变态，影响到家庭生活与社会安定，构成心理卫生中的重要问题。

慢性酒中毒会产生神经系统疾患，如末梢神经炎、脊髓病变、以记忆障碍为主的智力减退症状群，或中毒性脑病。慢性中毒还可以引起酒中毒性幻觉症、酒中毒性偏执症以及震颤性谵妄。

慢性酒中毒多半合并发生胃炎、肝硬化和贫血等躯体病症。

2．处方用药的过量与中毒。

催眠镇静药物和抗焦虑药物一次使用过量时常会产生急性中毒。究其原因，一是使用过量且超过自身的耐受性，二是蓄积大量药物一次吞服企图自杀，使用药物过量，除因抢救不当可以致死外，还经常是发生驾驶机动车肇事的主要原因。

3．药物中毒性精神病。

许多容易形成依赖性的药物长期滥用会产生精神病。例如，兴奋剂苯丙胺可形成苯丙胺中毒性精神病，在较长时期中持续出现偏执状态或刻板动作，酷似精神分裂症。可卡因中毒时可产生以幻触、幻嗅和幻视为主要症状的谵妄状态。

对苯丙胺类药物使用者的访谈

"今年我上大四了。我父亲从单位辞职后自己开了一家公司，母亲是政府公务员，我从来没有缺过钱。上大学以后，认识了一些校内校外的朋友，大一、大二的时候还只是在课余跟着朋友出去玩，进入大三以后，学业更加轻松，有了更多空余时间，在外面租了一套房子，经常和一些同学、朋友去唱歌、蹦迪、打游戏，常常玩到很晚。在一次朋友的聚会上，他们都吸'小马'，我也试着吸了一次，那天真的觉得玩得很爽。过了也没什么不舒服，只是在接下来的几天时间里觉得有点累。后来又和几个朋友一起试了几次后，感觉特别精神、来劲。那段时间经常都是白天睡觉，晚上和朋友一起去KTV、慢摇吧嗑药。"

"再后来，嗑了药就一个人呆着，玩牙签、玩打火机都可以玩一整天。如果哪天去K歌，不整点那东西就觉得很没劲，平时也会觉得心情烦躁、郁闷、无聊。后来，我的食欲越来越差，体重从原来的65公斤迅速减到40多公斤。我觉得和周围同学越来越难以沟通，他们说的话我不理解，我说的话他们也理解不了，老是听见有人在背后说我坏话，总感觉周围的人会害我，为这事没少和他们吵架。"

"前几天，我和一帮朋友在一家KTV包房内'嗑药'。那天大家都特别开心，也特别疯狂，吃的药也比往常多。一直到早上6点多才感觉到有点累，只有一个叫王博的同学还在疯狂的扭动、摇摆，大家觉得有点不对劲，赶紧把王博送到医院，最终王博还是没有抢救过来，死在医院的重症监护病房。父母也发现我这段时间有些不正常，就把我送医院里来了。"

经医生诊断，被访谈者已经患上了分裂样精神障碍，必须要接受住院治疗，而这种精神障碍的原因正是他长期使用苯丙胺类兴奋剂。

（摘自联合国亚太经社理事会"湄公河次区域减少青少年药物滥用和违法犯罪项目"案例）

4. 胎儿成瘾与新生儿出现戒断症状。

除麻醉品外，苯丙胺、可卡因与巴比妥盐皆可经脐血循环进入胎儿神经系统，使胎儿产生耐受性。娩出后，胎儿离开母体几个小时即可观察到上述药物的戒断症状。目前以可卡因发生最多，故对此类新生儿叫做"可卡因小儿"，需与母亲隔离设专人护理。

二　药物滥用所致社会问题

（一）滥用药物影响家庭生活

长期滥用药品或酗酒成瘾势必影响到家庭生活和家庭关系。家庭失和的后果往往会造成紧张的家庭气氛，在这种气氛下，成员之间情绪都易于激惹，因而吵闹乃至家庭内暴力都极为常见，无法避免。

父母双方或一方纵酒形成道德格调低下的家庭模式。这种模式可能会影响子女心理的发展与成长。在生活于这类家庭中的未成年子女中，会出现较多的行为问题或神经症患者。他们在校的学习成绩低下，升学率和就业率均低于出生自普通家庭中的子女。

（二）滥用药物影响自身的社会功能

长期滥用药物后，由于药物的蓄积作用和对中枢神经的影响，会损害使用者的心

理功能与智力水平。更重要的是，使用者整日的生活模式都是以药物为中心，使得他们无心于工作和学习，判断力下降，工作效率降低，责任心减失，不能遵纪守法，不愿自食其力，最终使工作业绩不佳或不能完成任务而造成失业。

海洛因使用者的自白

我叫蒙蒙，今年28岁。至今我已使用海洛因10年了。吸毒初期，海洛因确实给我带来过愉悦和兴奋，使我对它产生了深深的依恋。可随着时间慢慢地流逝，它曾给予我的一切快感也随之消失。它就像恶魔般地附着在我体内，使我无时无刻不在寻找着它，当我感到身体不适的时候，当我感到郁闷的时候，它成了我唯一的朋友，成了我一切痛苦的缓释剂。从前那个开朗、无忧的我已渐渐离我远去，不再是一个为人妻、为人母、为人儿的我，每天昏昏地开始、昏昏地结束，什么都不再过问，从早到晚，像一只喜欢黑暗的老鼠躲在家里，尽情享受海洛因带给我的欣快和痛苦。我成了我自己的陌生人。

多年来，我已经没有享受过清晨的第一缕阳光、第一声鸟鸣。因为这时的我，经过一整夜的孤寂、和海洛因相伴度过黑夜后已蒙头大睡。只有到了正午当阳的时候，才是我一天生活的开始。多年来，中午起床已成了习惯，当然起床后的第一件事即是开始我生活中唯一的事情——吸毒。一吸便不可收拾，直至第二天晨曦将至。就这样，年复一年、日复一日地耗费着我的青春、摧残着我的身体、摧残着我的家庭和亲情，使我自己堕落成一个无自尊、无责任感、自私的白色魔鬼。

当然，我也有我的梦，我曾无数次地想挣脱出这个“怪圈”，但更多的时候，我感到的是我的无力、无助和无望，在痛苦中我一次次地选择了逃避，在白色魔鬼的诱惑下，我无所适从，苦苦挣扎也摆脱不了青烟的缭绕，似乎永远也回避不了那些失落、失意和失望。当我有一丝丝清醒的时候，我渴望着我能走出这迷失的误区，我努力想找到一个可以让我歇脚的地方、一个可以给我疗伤的家……

（三）滥用药物与犯罪

据许多社会学家的研究显示，滥用药物与犯罪有直接联系并相互作用。即滥用药物很可能导致犯罪，而犯罪者更易染上滥用药物的习惯。

长期滥用药物者常用诈骗的方式方法获得药物或钱财，也有不少人利用商业性行为筹措毒资。有些药物滥用者常常以贩毒达到吸毒的目的，即“以贩养吸”，成为毒品贩子。有的为了追逐毒品带来的刺激不惜铤而走险，非盗即抢，最终身陷囹圄。

（四）滥用药物制约了社会经济发展

药物滥用不仅使个人的大量钱财耗尽，更使国家在禁毒和戒毒的防、治、管理工作中，消耗大量人、财、物和社会财富，增加了国家开支，在一定程度上制约了国家经济的快速发展。

海洛因依赖的社会成本调查

2003年，李建华等曾对云南省药物滥用的社会成本进行了评估。该项研究通过调查20个省级与药物滥用防治相关的部门和机构、9个国际和国内非政府组织、5个调查点的150余个相关机构和部门、301名吸毒者及77个吸毒者家庭，对云南省在2003年一年中因海洛因类物质滥用所耗费的个人、家庭和社会的资本和资源进行了综合评估。结果显示，以云南省登记在册的现有吸毒者数估算，因吸毒所导致的社会总成本达18.72亿元，而若以吸毒人群规模估计数估算则高达26.18~56.10亿元，占同年云南省国民生产总值的0.08%，其中公共成本占17.74%，个人成本占82.26%。公共成本中公安系统的投入最大，占85.54%；其次为教育和卫生，分别占5.72%和4.52%；同时，公共成本中又以被调查机构的日常运作经费为主，在药物滥用的治疗、预防和研究等方面投入则较低。

第三节　依赖的神经生理和神经心理机制

人们观察到，并非所有使用过精神活性物质的人都形成依赖。另外，动物在缺乏社会学因素的情况下，同样能够对药物产生依赖。因此，精神活性物质进入机体后引起的一系列神经生理反应是导致药物依赖的一个重要原因。目前的认为是，这些药物同与本能有关的犒赏物一样，均作用于脑内犒赏系统。它们作用于正常情况下只与愉快、诱因性动机及学习有关的神经回路，即从延髓腹侧区、黑质到伏隔核、纹状体的多巴胺投射区，以及前额皮层、杏仁核和海马区域，这些神经回路被通称为伏隔核相关回路。药物对犒赏系统的作用较自然犒赏物（如水、食物、性等）更加强烈，持续时间更长，使得这些脑系统的结构和功能被改变。但精神活性物质引发的这些改变究竟导致依赖个体发生了什么生理和心理变化，目前还不甚清楚。本节将简单介绍几种理论假说。

一　快感—戒除反应理论

强迫性用药是药物依赖者的特征行为之一。个体反复使用某种药物后，体内的递质平衡发生改变，出现了神经适应性，从而导致耐受性的产生。此时，如果停药或减低剂量则会出现不能获得预期的用药效果，甚至难以维持正常的生理心理机能。因此，个体最初使用药物只是为了追究快感（正强化），而持续使用的目的则是避免戒断症状（负强化）。

二　条件化理论

近年来，基于对伏隔核相关回路与奖赏性学习的研究，学者们开始关注大脑学习在依赖形成过程中的作用。研究表明，对奖赏线索的预测能有效地激活伏隔核相关回路的活动，而无知滥用可以促进某些形式的学习，并提高神经系统的耐受性。因此逐

渐形成了一种假说，即依赖是药物滥用导致异常学习能力提高的结果。而且这些异常学习涵盖了几乎所有的学习类型，主要分为外显学习和内隐学习两类。

三 诱因—易感化模型

结合上述两种模型，有学者整合有关动物成瘾行为研究的最新成果，提出了诱因—易感化模型。这一模型的假说认为，长期使用精神活性物质会改变与伏隔核相关的脑系统的功能，而这些系统是负责调解诱因性动机和诱因突现新功能的组织。因此，精神活性物质的长期刺激使这些神经回路逐渐对药物的作用变得非常敏感，即神经易感化，从而导致依赖者在心理上内隐性地通过诱因突现来表征药物与药物相关线索的特性，并引起对用药的病理性欲望，最终出现强制性觅药、强制性用药行为和复吸行为。

参考文献：

1. 郝伟主编. 精神病学. 第4版.北京：人民卫生出版社，2002

2. 郝伟主编. 精神病学. 第6版.北京：人民卫生出版社，2008

3. 姜佐宁、万文鹏主编.药物滥用——临床、治疗、检测、管理.北京：科学出版社，1997

4. 中英性病／艾滋病防治合作项目. 司法、公安系统预防艾滋病及其减少伤害培训参考资料.昆明：中英性病／艾滋病防治合作项目云南省办公室，2001

5. 中华人民共和国禁毒法. http://www.gov.cn/flfg/2007~12/29/content_847311.htm

6 江开达主编. 精神病学.北京：人民卫生出版社，2009

7. 中华医学会精神病学分会. CCMD~3中国精神障碍分类与诊断标准. 第3版. 济南：山东科技出版社，2001

8. 杨芳、李建华、罗健等. 云南省药物滥用的社会成本调查. 中国药物依赖性杂志,2007,16(2):124–130

9.世界卫生组织. ICD~10精神与行为障碍分类研究用诊断标准. 刘平. 许又新译. 北京：人民卫生出版社，1995

10. Alien frances,Harold alan pincus, Michael B first. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder,ed. Washington: American Psychiatric association,1994

11. 许绍芬主编. 神经生物学. 第2版.上海：复旦大学出版社，2006

12. 朱海燕、沈模卫等. 药物成瘾过程的心理—神经模型理论. 心理科学. 2004. 27（3）：549~554

13. Robinson T E. Berridge T E. Addiction. Annual Review Psychology. 2003. 54:25~53

14. Timothy B B. Megan E P. Addiction Motivation Reformulated: an Affective Processing Model of Negative Reinforcement. Psychological Review. 2004. 111:33~51

思考题：

1. 什么是精神活性物质？学习了本章后，你所认为的“药物”概念和以前相比有什么变化？

2. 滥用和依赖有何区别？

3. 按照药理特性，药物主要可以分为哪几类？

4. 你认为药物滥用对个人、家庭和社会会造成什么危害？

（张存敏　罗健）

第十二章 药物依赖的流行病学

本章系统回顾了人类史上主要几种被滥用物质的历史渊源，介绍了目前主要的依赖性物质如大麻、苯丙胺类兴奋剂、可卡因、阿片类物质在全球各个区域的流行趋势，并重点介绍了我国境内目前流行比较严重的依赖性物质——阿片类物质和苯丙胺类兴奋剂的流行情况。

第一节 药物依赖的历史

全球药物依赖的历史可以追溯到几千年前。朱翼中的《酒经》称，夏朝初年，名为仪狄的官员用桑叶包饭酿成酒以此献给大禹，大禹饭后感到味道甘美，感慨道："后代必有为了饮酒而亡国的。"于是下令禁止造酒，但此造酒之法仍在宫中暗暗流传。而最新的考古研究表明，中国人酿酒历史可以追溯到距今约5000年的新石器时代，那时候的古人已经懂得用稻米、蜂蜜和野葡萄之类的水果酿酒。

烟草原产于美洲，据考古学家研究，早在公元前2000年至公元前1800年时就有人类吸烟的记载。印第安人发现其中含有可以兴奋神经的物质，在部落会议和祭祀活动中吸食其燃烧的烟。西班牙殖民者将其带到欧洲并很快风行全欧洲继而向世界普及。1843年，法国烟草经营商开始生产西班牙式烟卷，并以法文正式命名为cigarette，英文"香烟"一词也由此而来。在中国，烟草于万历三年（1575年）由吕宋传入台湾、福建，1579年，利玛窦把鼻烟带入广东，自此中国吸烟人口大增。

相比较烟酒这些合法依赖性物质，作为一种治疗手段，鸦片早在3500年前就已经被应用于临床，大麻作为一种中草药，在我国古代医药书籍《神农本草经》中就有记载。在古代，鸦片主要是作为一种药物来使用，目的在于止痛镇咳、改善情绪、消除疲劳等，较少滥用。而进入近现代，随着医疗水平的提高及其固有的滥用潜力，鸦片已很少被用于医疗目的，而更多的是被滥用，因而，在全球各国都被列入毒品的范畴。

18世纪初，鸦片由英国商人经印度输入中国，经过两次鸦片战争，鸦片大规模进入中国，吸食鸦片的陋习在中国城市乡村广为蔓延。据不完全统计，1928年，仅上海法租界开设的烟馆就有8000多家，到20世纪30年代，整个上海仅低级烟馆就有2万余处，抗日战争胜利后，上海市的吸毒者仍有10万多人。新中国成立前，广州



市有烟馆1300多户，昆明市有1187家，贵阳市有1015户，成都有714家，称得上是“烟馆多于米铺”。新中国成立前夕，整个西南地区有吸食鸦片者600万，占本地区总人口8%以上。新中国成立后，政府严厉控制，仅用3年，中国政府就铲除了贻害中国人民200余年的“烟害”。

而现代滥用最严重的阿片类物质——海洛因的出现则是近代化学工业发展的一个副产品。1874年，化学家伟特（C.R.Wright）最先利用吗啡加上双乙酰，合成出海洛因。海洛因发明后，最初用作强效止痛药。1897年，德国拜尔药厂化学家荷夫曼（Felix Hoffmann）在德国将海洛因制成药物，止痛效力远高于吗啡。海洛因（heroin）的名字由拜尔药厂注册，该字或源自德文“heroisch”一字，意指英雄。随后，海洛因在欧美作为一种药效强劲、用途广泛的药品被广泛使用，甚至被用于治疗精神病。在欧洲，由于人们使用海洛因主要是口服，并且每次的使用剂量仅为几毫克，因而海洛因在欧洲保持“干净”的使用记录，直到1920年，德国药品管理当局还对“海洛因瘾”这个词汇一无所知。而在美国，已经有数十万人在注射使用吗啡，在1910年后，许多吗啡注射者迅速改为吸食海洛因，海洛因依赖迅速蔓延。进入20世纪80年代，随着改革开放政策的实行，海洛因进入中国，并迅速蔓延，形成了严重的滥用。

苯丙胺则于1887年由Edeleano首次从麻黄素合成，在此后的很长一段时间内，苯丙胺及一些衍生物主要用于医疗目的。一直到二战时期，一些交战国如美国、日本、意大利等在前线士兵中广泛使用此类物质，用于消除疲劳和提高战斗力。日本不仅向前线作战士兵提供苯丙胺，并将药物分发给疲惫的市民，1948年，日本16～25岁人群中有5%滥用甲基苯丙胺，1954年，全国滥用人数达55万，其中1/10（5.5万人）患苯丙性精神病，造成严重社会问题和公共卫生问题。1971年，联合国将此类物质列入精神药品目录进行管制，但其滥用态势并未得到有效控制，相反，进入20世纪80年代后，苯丙胺类兴奋剂在全球滥用更加泛滥，时至今日，已形成仅随大麻之后全球滥用人数最多的一类毒品。

第二节　全球药物依赖流行情况

目前全球非法使用的成瘾性物质主要有阿片类药物、可卡因、大麻及苯丙胺类兴奋剂（ATS）。根据联合国毒品和犯罪事务办公室2010年估计，如果包括只是尝试使用而不一定真正成瘾的话，全球估计有2.3亿使用非法成瘾性物质者，占全球15~64岁人口的5%。目前就全球而言，滥用者人数较多的成瘾性物质主要是大麻、苯丙胺类兴奋剂（ATS）、可卡因和阿片类药物。

一　阿片类药物

20世纪90年代以后，全球主要鸦片产地逐渐由传统的“金三角”地区转移到“金新月”地区，阿富汗的鸦片产量快速增加并超过“金三角”地区。目前“金新月”地

区的鸦片产量占全球产量的90%以上，“金新月”地区已成为全球最主要的鸦片原产地。除金三角、金新月地区外，还有南美地区也种植有少量鸦片。

2011年，全球鸦片种植面积为207,000公顷，较2010年的191,000公顷上升了16%，2011年估计产量在6900多吨。其中，阿富汗的产量估计为5800吨左右，占全球鸦片种植面积的63%。

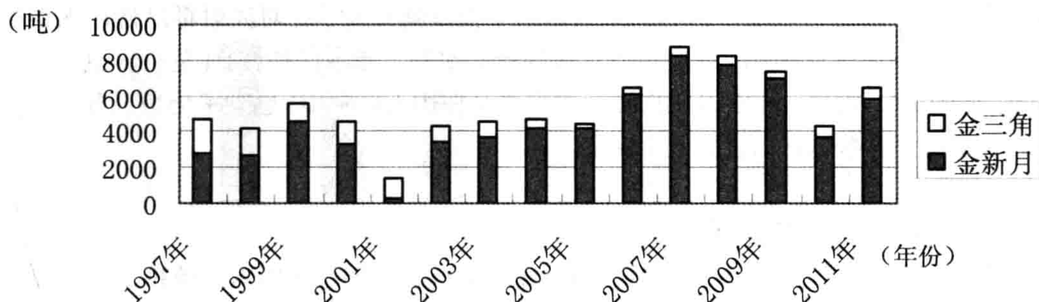


图12-1　最近15年全球主要鸦片产地产量图

2010年，全球15-64岁区间人群中滥用阿片类物质的人数约在2640~3600万之间，在该人群中全球2010年阿片类物质使用率为0.6~0.8%。阿片类物质滥用比较严重的区域主要位于与鸦片主产地金新月、金三角有关的毒品运输沿线地区。

2010年，阿片类物质在亚洲的使用率与全球的平均水平相当。亚洲面积广阔、人口众多，各地区的阿片类物质滥用情况不尽一致。根据联合国毒品与犯罪事务办公室的估计，在东亚及东南亚地区有390万物质滥用者，其中大部分为阿片类物质注射者。近年来，东亚和东南亚的一些国家阿片类物质滥用出现下降的趋势，在中国部分地区、印度尼西亚、马来西亚、缅甸、老挝、不丹和斯里兰卡，相关的调查均显示海洛因滥用有下降趋势。但在中亚和西南亚的阿富汗、伊朗和巴基斯坦等国家，阿片类物质的使用情况仍较严重。

2010年，欧洲的大部分地区的阿片类物质使用情况呈稳定或降低趋势，西欧和中欧的阿片类物质使用率约为4%，俄罗斯联邦为2.3%。大洋洲阿片类物质使用率为2.3%~3.4%，美洲为2.0%~2.3%，高于全球平均水平。

在非洲，由于许多国家尤其是中非国家缺乏完整和有效的药物滥用监控体系，因而目前掌握的数据更多的是反映南部和北部非洲的药物滥用流行状况。2010年，联合国毒品和犯罪事务办公室估计，非洲的阿片类物质使用率仍然相当于全球的平均水平。

尽管阿片类物质滥用在部分国家或地区出现稳定或下降的趋势，但阿片类物质的滥用目前仍然是全球面临的最主要的药物滥用问题。在许多国家，药物滥用者使用毒品方式由口吸转换为注射，导致艾滋病在药物滥用人群中迅速传播，艾滋病已经由注射使用毒品人群（inject drug uses，IDUs）向普通人群扩散。目前，全球估计有1550~3860万注射毒品使用者，占毒品使用总人数的10%~13%。中国、美国、俄罗斯、巴西拥有世界范围内较大规模的注射毒品使用人群，这几个国家的注射毒品使用人群

规模估计占全球45%左右，在这些国家，艾滋病防控面临着很大压力和难度。

2008年，全球估计在1600万注射毒品使用者中有300万感染上了HIV。除撒哈拉以南的非洲之外，全球报告注射毒品者占新发现HIV感染者的1/3左右。据联合国毒品与犯罪事务办公室报告，拉丁美洲的注射毒品使用者的HIV感染率为29%，东欧为27%，东南亚为17%。在撒哈拉以南的非洲估计有178万注射毒品者，其中22.1万感染了HIV。在东亚和东南亚的390万注射毒品人群中约66.1万感染了HIV。而在一些国家和地区，如澳大利亚、新西兰以及中国香港地区，由于很早就开展了针对注射毒品使用人群的干预工作，该类人群的HIV感染率一直保持较低水平，基本保持在1%左右。值得关注的是，在东欧、南美、东亚及东南亚，注射毒品使用人群中HIV感染率仍呈上升趋势，这严重影响了这些地区的公共卫生安全。

二　苯丙胺类兴奋剂

苯丙胺类兴奋剂（amphetamine-type stimulants，ATS）在国内又被称为“新型毒品”，其实，苯丙胺类兴奋剂的滥用由来已久。文献记载，第二次世界大战期间，一些国家为了让士兵消除疲劳，保持旺盛的精力而让士兵大量使用苯丙胺类兴奋剂。战争结束后，苯丙胺类兴奋剂在一些国家继续滥用，并发展成严重的社会问题。时至今日，苯丙胺类兴奋剂滥用问题已成为困扰全球绝大多数国家的严重问题。

苯丙胺类兴奋剂的制作工艺简单，原材料较容易获得，为逃避警方的打击，制毒者经常快速地变换制毒点，因此，其制作地点遍布世界各地。1990年，就有超过60个国家和地区报告境内有苯丙胺类兴奋剂的制造点。从图12-2可以看出，苯丙胺类兴奋剂的非法生产地几乎遍布了全世界各个地区，相对而言，东亚及东南亚、欧洲、北美、大洋洲及南非是比较严重的地区。据估算，2007年，全球共非法生产了以兴奋作用为主的苯丙胺类兴奋剂（amphetamines-group）230~640吨，以致幻作用为主的苯丙胺类兴奋剂（ecstasy-group）72~137吨。



图12-2　全球报告有非法生产ATS的国家和地区示意图

1998~2010年，苯丙胺类兴奋剂的非法制造和消费继续上升，苯丙胺类兴奋剂的全球缉获量增加了三倍，远远超过海洛因等传统毒品的缴获量。中美洲、东亚和东南亚苯丙胺类兴奋剂的缴获量大幅上升，提示滥用苯丙胺类兴奋剂正逐渐成为这些地区的公共卫生问题和社会问题。

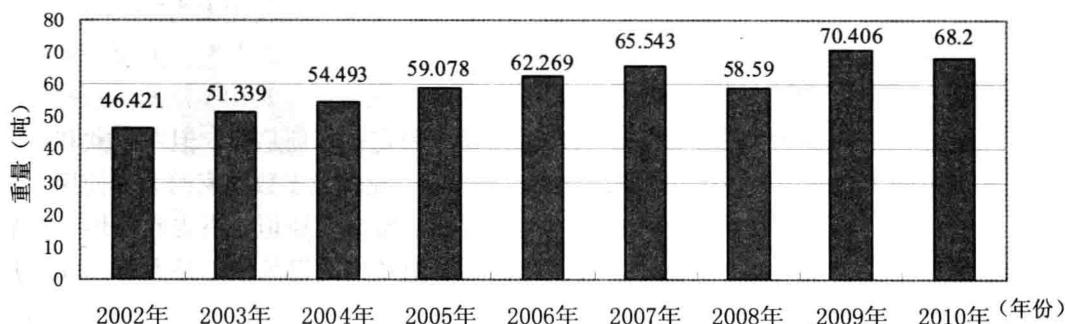


图12-3　2002-2010年全球报告缴获ATS数量

虽然人类对苯丙胺类兴奋剂的滥用由来已久，但在最近10余年，以甲基苯丙胺（“冰毒”）、亚甲基二氧基甲基苯丙胺（“摇头丸”）为主的苯丙胺类兴奋剂在全球的滥用快速增长。据估算，2010年，全球在15~64岁的人群中，共有1430~5250万人使用甲基苯丙胺类兴奋剂，使用率在0.3%~1.2%之间，1050~2800万人使用过亚甲基二氧基甲基苯丙胺类兴奋剂，使用率在0.2%~0.6%之间。由于苯丙胺类兴奋剂可以在任何地方非法生产并迅速扩散，且还有许多国家和地区缺乏相应的数据，因此上述数据的准确性还有待核实，但不可否认的事实是，苯丙胺类兴奋剂在全球的滥用状况已经超过了传统的阿片类和可卡因类药物的滥用。

2010年，东亚和东南亚苯丙胺类兴奋剂的使用率约为0.2%~1.3%，美洲为0.9%~1.1%，西欧和中欧为0.6%，中东欧和东南欧为0.2%~0.5%，大洋洲为1.7%~2.4%。非洲的许多国家缺乏相应的数据和报告，但据专家估计，非洲地区的苯丙胺类兴奋剂使用率与全球平均水平相当。

三　可卡因

可卡因的原材料是古柯碱，全球古柯碱的产地主要集中在南美洲的哥伦比亚、秘鲁和玻利维亚。全球可卡因的使用和制造整体稳定，在不同地区和国家存在不同的趋势，2006~2010年哥伦比亚的可卡因生产量下降，而玻利维亚和秘鲁的种植和产量在增加。

目前，滥用可卡因的主要地区依旧是北美、欧洲和大洋洲。2010年，估计全球当年度至少使用过一次可卡因的人数在1320~1951万之间，在15~64岁人群中的使用率为0.3%~0.4%之间。2010年美洲可卡因使用率为1.1%~1.2%，在南美、中美和加勒比地区分别为0.7%，0.5%，0.7%。大洋洲的使用率为1.5%~1.9%，高于全球平均水平。西欧和中欧仍然是一个主要的可卡因非法消费市场，2010年普通人群中可卡因使用率约为1.3%。据专家推测，非洲部分地区使用可卡因的人数有所增加。亚洲地区是全球可卡

因滥用相对比较少的地区，平均使用率在0.1%以下，且近年来还出现下降的迹象。

四　大麻

大麻是全球滥用得最广泛的成瘾性物质，在全球许多国家和地区被广泛滥用。2010年估计全球有1.2~2.2亿的大麻使用者，在15~64岁的成年人口中的使用率为2.6%~5.0%。

2010年，大洋洲的大麻使用率为9.1%~14.6%，高于全球平均水平。美洲的大麻使用率为6.6%~6.9%。在欧洲，大麻仍是欧洲最普遍使用的毒品，2010年该地区的使用率为5.2%。虽然在欧洲的大部分地区，大麻的使用呈稳定或降低趋势，但在东欧和东南欧很多国家的大麻使用人数仍在增加。2009~2010年，亚洲大多数国家的大麻使用率出现了上升趋势，特别是在中亚和西南亚的格鲁吉亚、哈萨克斯坦、塔吉克斯坦、乌兹别克斯坦、不丹和斯里兰卡等国家。非洲地区最普遍使用的毒品依然是大麻，2010年大麻在非洲的使用率为5.2%~13.5%。

第三节　中国药物依赖流行态势

中国经历了两次鸦片战争，在中华人民共和国成立以前，承受了鸦片最为严重的祸害，拥有世界上最为庞大的鸦片滥用人群。中华人民共和国成立后，由于政府采取各种强有力的措施，鸦片的滥用在中国大陆地区一度销声匿迹。20世纪80年代，随着改革开放政策的实施，加之中国毗邻当时世界最大的毒品生产基地“金三角”，海洛因大量进入中国，并迅速在全国范围内快速蔓延。进入20世纪90年代，海洛因滥用尚未得到完全有效控制，以苯丙胺类兴奋剂为代表的“新型毒品”（new types drug）又在一部分人群中快速蔓延开来。目前，我国境内被滥用的物质主要是阿片类物质（海洛因）和以苯丙胺类兴奋剂为代表的新型毒品。新型毒品由于精神依赖性更大，并且由于宣传力度不够，普通人群对其危害性缺乏了解，在人群尤其是青少年中迅速广泛滥用，其在我国大陆地区的滥用严重程度已经超过传统的海洛因，成为摆在国人面前的又一个世纪难题。

一　阿片类

目前，在我国境内，阿片类物质滥用基本以海洛因为主，滥用鸦片的现象仅存在于部分边境或民族地区，还有少数滥用人群以滥用吗啡及其他一些医用阿片类物质。据2012年中国禁毒报告统计，全国登记在册的海洛因依赖者的比例从2001年的83%下降到2011年69.2%，但海洛因使用者的总人数仍然在增加。联合国毒品和犯罪事务办公室估计， 2010年我国15~64岁人群中阿片类物质滥用率为0.11%~0.30%，尽管这一数据低于许多发达国家，如美国（2.0%~2.3%）、俄罗斯（2.3%）、英国（0.51%~1.0%）、法国（0.51%~1.0%），但由于我国人口基数大，滥用阿片类物质的绝对人数仍然比较巨大。截至2011年，全国累计登记在册吸毒人数为179.4万人，

其中海洛因吸食人员占64.5%，为115.6万人。

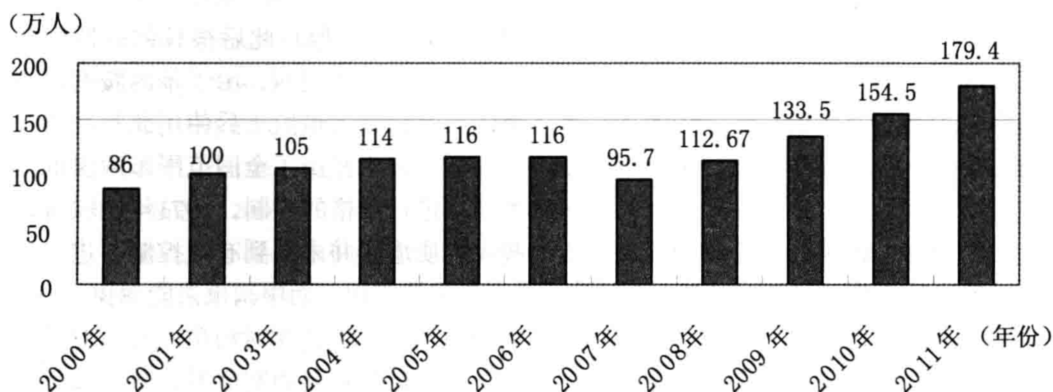


图12-4 我国历年登记在册吸毒人数

从地区分布上看，20世纪80年代末，海洛因滥用主要集中于与“金三角”毗邻的云南及国际毒品运输通道途经我国境内区域省份。20世纪90年代中后期，“金三角”地区毒品生产日渐减少，而金新月地区异军突起，贩毒分子在开辟西亚、中亚国际毒品运输通道的同时，也在我国西北地区开辟出新的毒品运输通道，西北地区海洛因滥用在原有基础上更加严重。

在人口学分布上，国内海洛因滥用者主要以男性、青少年、农民和无业闲散人员为主，受教育程度往往较低，婚姻状况以未婚、离异为主。据2006年《中国禁毒报告》统计，国内海洛因吸毒人员中，青少年、农民和无业闲散人员各占69.3%、30.0%和51.7%。在性别方面，综合各地流行病学调查资料，在大部分地区，男性吸毒者占60%~90%之间。绝大多数滥用者初次使用海洛因年龄在15~25岁之间。在文化程度方面，各地资料均显示，绝大多数滥用者文化程度都以初中或小学为主。在婚姻方面，海洛因吸毒者往往婚姻状况不稳定，该人群的婚姻状况以未婚、离异或丧偶为主，很少有稳定的婚姻生活。另一方面，近年来的相关追踪流调资料显示，各地吸毒者的平均年龄上升，说明国内海洛因吸毒者平均年龄增加，提示我国海洛因滥用流行趋于稳定，新发人数下降。

在海洛因使用方式方面，主要以口吸（“嗦”、“追龙”）为主，其次为静脉注射，但在静脉注射吸毒者中，共用针具状况比较严重。由于共用针具，HIV在静脉注射吸毒人群中快速蔓延。2003年，对某地海洛因滥用者进行HIV初筛检测发现，海洛因滥用者HIV感染率为3.33%，远远高于普通人群，而在初筛阳性者中，其吸毒方式也主要为注射吸毒（92%）。近年来，国内各省市都开展了针对海洛因滥用人群的艾滋病防控措施，取得了明显效果，吸毒人群共用针具的比例明显下降。目前，吸毒人群感染HIV的快速蔓延趋势得到一定程度的控制，但由于我国在海洛因滥用流行早期未针对该人群采取有效的防控措施，致使国内HIV感染人数仍比较多，虽然现在各地都采取了较大力度的防控措施，但目前国内艾滋病已经呈现由静脉注射吸毒者等高危人群向普通人群扩散的趋势，防艾工作仍面临比较大的挑战。



二　苯丙胺类兴奋剂

1887年，人类就首次采用麻黄素成功合成了苯丙胺，但在此后很长的一段时间里，苯丙胺及其衍生品主要用于医疗目的。第二次世界大战期间，由于苯丙胺有较强烈的中枢神经兴奋作用，许多国家如日本、美国等都曾经大量给士兵使用此类物质，以消除疲劳，提高战斗力。作为战争后遗症，战后的日本经历了全国范围苯丙胺的流行性滥用。其后，日本等一些国家对苯丙胺类物质进行严格的管制，1971年，联合国将此类物质列入精神药品公约管制，但苯丙胺类物质滥用并未得到有效控制。进入20世纪90年代后，苯丙胺类兴奋剂在全球范围内大规模被滥用，而中国也未能幸免。

与传统毒品海洛因不同的是，苯丙胺类兴奋剂的制作工艺相对简单，且利润远远超过海洛因，因而在我国也被称为“易制毒品”。从近年查获的案件看，苯丙胺类兴奋剂制毒窝点在我国境内各地都有分布。另一方面，由于我国政府在金三角地区开展了替代种植的措施，金三角地区鸦片及海洛因产量逐年锐减，加之在巨大的利益驱使下，一些制毒分子在金三角地区成立数目众多的苯丙胺类兴奋剂制毒工厂，并向我国输入。在以上因素的作用下，我国国内形成巨大的苯丙胺类兴奋剂消费市场。

近年来，苯丙胺类兴奋剂滥用在我国呈快速蔓延趋势。2007~2011年，我国登记在册吸毒人数中，“新型毒品”（主要以苯丙胺类兴奋剂为主），滥用者比例由11%迅速增长到22%。尽管登记在册人数相对不多，但相对于海洛因滥用，我国苯丙胺类兴奋剂滥用有几个比较重要的背景，隐匿性高，相关法律法规相对滞后，目前缺乏有效的治疗及康复措施，相关部门目前对苯丙胺类兴奋剂滥用重视不足，对单纯滥用苯丙胺类兴奋剂的人员目前还主要是以行政和治安处罚为主。在以上背景下，国内登记在册的苯丙胺类兴奋剂滥用人数只是冰山一角，实际滥用人数远远超过登记在册的人数。

在人口学特征方面，苯丙胺类兴奋剂使用者的男女性别比为1：1，相较于海洛因使用者的男女性别比3：1而言，女性使用苯丙胺类兴奋剂的比例远远高于使用传统毒品的比例。值得注意的是，与国内其他地区以城镇人群为主要滥用者不同的是，在云南省某些边境地区，苯丙胺类兴奋剂在农村青少年中的滥用更加普遍，如果不开展强有力的防控措施，必将形成更为严重的滥用。

在使用方式上，苯丙胺类兴奋剂的使用主要以烫吸、口服、鼻吸、溶入啤酒及其他饮料口服等方式为主，注射方式较少被采用。尽管该类人群滥用毒品方式以非注射方式为主，在很大程度上降低了HIV经静脉注射方式吸毒途径传播的风险。但另一方面，由于苯丙胺类兴奋剂特殊的效应，吸食者在使用后，尤其是群聚性使用后，往往都伴有性乱，大大增加了HIV经性途径传播的风险。

参考文献：

1. United National Office on Drug and Crime. World drug report 2009
2. 中国国家禁毒委员会. 2006中国禁毒报告
3. 中国国家禁毒委员会. 2007中国禁毒报告

4. 中国国家禁毒委员会. 2008中国禁毒报告

5. 江开达主编. 精神病学，北京：人民卫生出版社

6. 林海程、孙录、赵敏、方贻儒. 沪穗两地海洛因依赖流行病学对比研究. 中国药物依赖性杂志，2004. 13（3）

7. 叶亮. 1092例海洛因依赖者的人口学特征. 海南医学，2004

8. 李碧平、沈杰、王之云. 1133例海洛因依赖者首次吸毒月份及人口学特征. 中国药物依赖性杂志，2003

9. 张晓红、孙健. 165例参加美沙酮维持治疗人员的人口学特征和药物滥用情况.中国药物依赖性杂志. 2008. 2

10. 王艳芬、曾恒、王志强、丁福红. 7544例海洛因滥用者HIV感染流行病学调查.中国药物滥用防治杂志. 2003. 3

11. 刘志民. 苯丙胺类中枢兴奋剂滥用防治. 中国药物滥用防治杂志，2002. 3

12. 李玉淑、徐本树、赵金. 306例摇头丸滥用者情况调查. 中国药物滥用防治杂志，2006.6

13. 刘志民、曹家琪、吕宪祥、穆悦、连智. 全国部分地区中枢兴奋剂及相关非法精神活性物质滥用流行病学调查. 中国药物依赖性杂志，2002. 11（4）

思考题:

1. 目前全球滥用人数最多的成瘾性物质是什么?

2. 我国药物滥用流行方面有哪些特点或趋势?

3. 亚洲地区与欧美地区药物滥用流行方面有何异同?

4. 我国阿片类物质滥用人群的人口学特征有哪些?

5. 苯丙胺类兴奋剂的使用方式主要以非注射方式为主，为何仍然认为吸食苯丙胺类兴奋剂也是感染HIV的一个高危险因素?

（李培凯　张存敏　罗健）

第十三章 药物依赖的社会心理学原因

本章主要从药物依赖是一种慢性极易复发的脑疾病为出发点，解释药物依赖的理论，分析药物依赖的心理和精神因素，指出反社会性人格障碍、低自尊、情绪障碍、即刻满足心理、不良行为、药物依赖社会环境等是造成药物依赖的社会心理学原因。

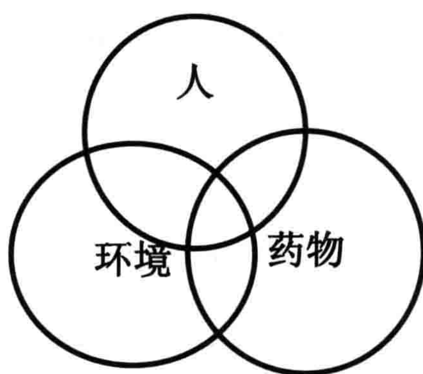


图13-1

第一节 药物依赖的理论解释

关于药物依赖成因的解释众多，如快感—戒除反应理论（Solomon，1977），诱因—易感化理论（Robinson & Berridge，1993，2003），认知加工理论（Franken，2003），去抑制假设（Shaham et al.，2001）和负强化理论（Baker et al.，2004）等，目前能为人们所接受的理论首推社会学习理论（Social Learning Theory）。

社会学习理论是心理学中的行为学派的基本观点之一。该理论认为人的行为，特别是人的复杂行为主要是通过后天学习而获得的。人们从直接经验或间接经验的学习开始，经过一系列的强化，包括积极的强化，如鼓励、奖赏或体验成功、愉悦等，同时也经历一些消极的强化，包括批评、惩罚或体验失败、痛苦等，从而使习得的行为强化或消退。经过多次反复后，作为学习的结果，最终将行为固定，形成不同形式的新行为。

使用药物的行为模式是怎样形成的呢？学习理论认为，药物对于药物依赖者而言起到正负两方面的强化作用。药物依赖者从使用药物的人（通常为同伴）那里习得使用药物的行为，反复用药时的快感和在药效中暂时解脱了现实生活中的不愉快，使药物依赖者得到正性的学习强化作用。而偶然或有意中断使用药物所产生的戒断症状的痛苦体验和对药物的强烈渴求感，则使药物依赖者得到负性的学习强化作用。为了不再产生类似的生理与心理的“惩罚”，药物依赖者使用药物的行为模式被固定下来。上述两种强化作用为：“使用药物──►药物产生的快感──►使用药物”和“使用药物──►药物滥用──►药物依赖──►戒断症状──►使用药物”。

除药物效果起到的正负两方面的强化作用外，社会学习理论认为，药物依赖者还获得了社会性强化作用或称为二级强化作用。社会性强化指药物依赖者的使用药物的同伴或群体的关系，药物依赖者作为社会的边缘化人群，很难与其他人群沟通交流，他们只能从其同伴或群体中得到情绪上的交流和心态上的肯定。社会性强化作用让药物依赖者使用药物的行为变得更加牢固。

第二节　药物依赖的个人原因

人们使用毒品与很多因素有关，被滥用药物本身的特性是非常重要的，药物的依赖性潜力导致其被滥用。另一方面，具有药物依赖倾向的人格特征和行为，使其对毒品更具亲和力——即染上毒品的危险性高于一般人群。

一　心理和精神因素

目前，国内外对药物依赖者的回顾性研究发现，药物依赖者成瘾前的人格类型各异，并没有明确有成瘾倾向的人格，即各种人格类型都可能使用药物或形成药物依赖。众多的研究显示：反社会性人格障碍、叛逆、对挫折忍受差、即刻满足心理、低自尊、情绪问题是具有较高的药物依赖的易感性特征。但还没有前瞻性的研究说明，是这些特征导致了药物依赖，还是由于药物依赖改变了药物依赖者的性格，抑或两者互为因果。

（一）反社会性人格障碍

个人不断地表现出对他人权利的漠视，并显示出对社会和社会价值的敌视和拒绝。反社会性人格障碍的人通常在15岁之前开始有以下表现：不遵守社会规范、欺诈、撒谎和反对他人、易冲动、具有攻击性（反复的身体攻击和打架）、做事不计后果（不考虑自身和他人的安全）、一贯性的不负责任、对导致他人受伤害缺乏自责。国内多年的研究发现，药物依赖人群中的反社会性人格障碍患者比例较大。

（二）低自尊

常常感到自己不被接受、自身价值不高、无助感、自信心低。低自尊个体通常对自己持消极否定的态度，看不到自己的价值所在，从而表现出严重的自卑心理，自我

评价过低，经常有消极的情感体验，社会适应能力较差，害怕与人交往。低自尊的人使用药物是为了提高他们自己的自尊和避免自我贬损的态度。低自尊的人往往具备很强烈的心理防卫机制，会将自己掩盖起来，然而也很容易受伤害，因为一旦他/她的防御机制被打破了，就会产生认知偏差，从而导致行为的偏差。

（三）情绪障碍

在药物依赖的人群中，很多人患有明显的抑郁、焦虑等情绪障碍，它们往往与药物的使用互为因果，促进疾病的迅速发展。例如，研究发现，如果成瘾者有明显的负性情绪、人际关系不良、冲动控制差等，则发展为药物依赖的过程迅速，且治疗后极易复发。

（四）即刻满足心理

指个人的欲求要立即获得满足，不能忍受等待，不知道或不会延缓满足。这是药物依赖者普遍具有的心理。其实，每个人在成长的过程中都体验过即刻满足的心理，例如1~2岁的孩子，饿了马上就要吃，如果不能很快吃到东西，孩子就会哭闹。3~4岁的孩子，看到自己喜好的玩具就让大人买，如果大人不满足他/她的要求，孩子会吵闹不停。但人是社会的一份子，除了具有生物属性外，还具有社会属性。因此，每个人都需要社会化，即个体在社会影响下，通过社会知识的学习和社会经验的获得，形成一定社会所认可的心理—行为模式，成为合格的社会成员。儿童和青少年时期是很重要的社会化阶段，药物依赖者往往在这一阶段因缺乏恰当的教育、家庭影响和其他原因，从而体现出社会化不足。

二　生活技能缺乏

生活技能是指个体为能够有效地应对日常生活中的要求和挑战而采取的适应的和正性的行为的能力（世界卫生组织）。核心的生活技能包括：解决问题的能力、批判性思维的能力、有效交流的能力、做决定的能力、人际交往的能力、应对压力和情绪问题的能力等等。药物依赖者往往缺乏这些技能，对生活事件的处理方式常常是非理性的、情绪化的，采取回避问题、逃避现实和使用药物作为应对问题的方法。

（一）缺乏解决问题的技能

药物依赖者在生活中遇到问题时常常不知道问题所在和/或不知道该如何逐步解决问题，他们也缺乏对于自身行为可能产生的后果的评价，通常采取冲动的或回避的方式应对问题。

（二）缺乏抵御同伴压力的技能

多项研究的结果显示，药物依赖者缺乏抵御同伴压力的能力。他们在同伴的影响下开始使用药物，以显示与其他同伴是一致的或为了成为某个小群体的一员。他们不知道如何应对来自同伴的负性压力，如一起吸烟、一起使用药物、一起逃课等等。“我第一次吸毒是和朋友在一起，他们喊我尝尝，我就试了……”，“大家都是朋友，他们也都在吸（毒），我不好拒绝”“如果当时不试一下，很没有面子”……

（三）缺乏应对挫折的能力

每个人一生中都会经历各种各样的挫折，挫折并不是坏事，应对挫折让我们不断

对苯丙胺类兴奋剂依赖者的访谈记录

那是2006年，因为我父亲和继母经常在家里吵架，听到他们的争吵声我心里就很烦。下班后不想回家，我经常和好朋友小王他们一起去夜市玩，去泡吧。有一次，她说要在生日的时候开一次“马会”。当时也不知道“马会”是什么。她打了一个电话，不一会一个男的就送过来一包颜色漂亮的药片。她说吃了这些药片，你会忘掉所有的东西，尽情地high，不会累，又不要担心会上瘾。小王的朋友很多，他们都这样说。看着他们吃药后的疯狂，我就有些心动了，想去试试那是一种什么感觉。再说在那种情况下，大家都吃，你不吃会让人觉得很破坏气氛。我就吃了一粒……后来，又尝试了很多次，我就是这样“上路”的。

（摘自联合国亚太经社理事会“湄公河次区域减少青少年药物滥用和违法犯罪项目”案例）

成长，不断成熟。药物依赖者因缺乏应对挫折的能力，在遇到挫折时多采取逃避的办法，通过使用药物暂时躲避现实生活的挫折，或持“破罐破摔”的态度。

（四）缺乏应对情绪问题的能力

作为社会人，人们或多或少都会面对焦虑、抑郁等情绪问题，通过学习和应用适当的方法来应对情绪问题，让人们保持健康的心理。缺乏应对情绪问题能力的药物依赖者常以“以酒消愁”等方法来缓解情绪，既不能达到解决情绪问题的目的，反而因对情绪问题处理不当而产生新的问题——药物依赖。

三　行为及其他原因

（一）同伴影响

社会学家认为，药物依赖行为的发生，最容易在观点、心理、感情、行为和背景相似的同龄人群体中发生，这个群体就是通常所指的亚文化群体。研究显示，开始使用药物的年龄往往发生在心理发育过程的易感期——青少年时期。青少年的辨别能力有限，看问题容易片面、偏激，人际交往能力不强，只有在亚文化群体中才能找到认同感和归属感，他们极易受到亚文化群体中的同伴影响，在心理上和行为上力求与他们所在的群体保持一致。在这些心理的驱动下，他们看到同伴吸烟，往往也会跟着吸。同伴使用毒品，他们也开始尝试，虽然开始吸毒的滋味并不好受，但都不惜一试。

（二）反社会行为

对药物依赖者的调查显示，大多数人在使用药物前都有逃学、斗殴、赌博等反社会的行为。

（三）较小年龄开始使用药物

追踪研究发现，年龄越小就开始使用入门药物，如烟草、酒精等，则成年后成为药物依赖者的可能性较大。

（四）学业失败

对药物依赖者的调查发现，他们的受教育程度以初中及初中以下居多，多数人在

校时有不遵守学校纪律、逃课、逃学、打架等行为问题，学业成绩好者较少。学业失败者在学校中往往被排斥和边缘化，使他们趋向于寻求学校之外能被认可的群体，一旦该群体中有人使用药物，此现象便会在该群体中很快蔓延开来。

除上述因素外，研究人员还发现，可能导致药物依赖的个人方面的危险因素还包括：

◇ 叛逆。
◇ 朋友使用毒品追求感官刺激。
◇ 易冲动。
◇ 遗传倾向。
◇ 对使用毒品持赞成的态度。
◇ 社会化不足。
◇ 与反社会的同伴相互影响。
◇ 性困惑。

2001年，赵敏等人应用《DSM—Ⅲ—R用定式临床检查手册》和《DSM—Ⅲ—R人格障碍用定式临床检查手册》，对216名海洛因依赖者进行诊断，结果情感障碍终生患病率为15.7%，人格障碍为80.6%，反社会人格障碍47.7%。

2005年，杜江等人采用中国版“明尼苏达多项人格调查表（MMPI）”对81例海洛因依赖者进行测试，结果81例海洛因依赖者被分成3种临床类型：偏执型人格障碍（37.04%），躯体型人格障碍（16.05%）和反社会人格障碍（46.91%）。

第三节 药物依赖的家庭特征

在人的成长过程中，家庭扮演了一个重要的角色。家庭是人类社会化的第一站，父母成为子女主要的模仿对象。父母的身教、家庭和睦程度、家庭沟通是否顺畅、父母的教养方式等因素，都会影响青少年的身心发展。在许多情况下，家庭为青少年提供了保护和稳定、支持的环境。但是，在另一些情况下，家庭会增加其成员滥用药物的危险，已有的许多研究发现青少年药物依赖和某些家庭因素相关，其中主要的影响因素包括：

一 家庭缺少管理

家长未承担起对孩子的教育和管理的责任，对孩子完全忽略。家庭教育采取的是一种放任自流的方式，家长对子女缺乏管理和监督，缺乏关心和耐心。孩子则缺乏正确的引导和约束，无人管教，容易寻求同伴的支持，受同伴的影响大。一旦交友不慎，很容易出现药物依赖问题。

二 父母、家庭成员使用药物

研究发现，家庭成员的不良影响是导致青少年使用药物的主要原因之一。由于青少年正处于身心迅速发育的时期，虽然有朝气，但价值观还没有完全形成，主要是通过与他人的接触中学习模仿形成的，子女通过与家人互动的经验中，观察家人的一言一行，甚至包括了潜在的思想，并从中学习。父母或家庭成员使用药物，青少年可以

直接通过模仿过程形成药物依赖行为模式。同时，因为对父母或家庭成员使用药物习以为常，因此当接触到药物时，他们就不会拒绝使用药物。此外，当父母一方使用药物，另一方则要不断地应对这种长期而困难的行为问题，因此他/她就没有更多的精力来经营良好的家庭环境，从而使青少年可能出现药物依赖的情况。

三　家庭关系紧张、冲突，负性的沟通模式

家庭关系对青少年早期的人格特征、心理健康以及以后的发展会带来深远的影响。研究表明，药物依赖者的家庭成员在相互间的情感联系、沟通交流和支持方面均显著比非药物依赖家庭少，而公开表露愤怒情绪和攻击行为的情况显著多于非药物依赖家庭。即夫妻关系紧张、亲子关系不佳、家庭成员间很少交流、彼此间缺乏支持，常以发怒、争吵等方式沟通的家庭，其子女使用药物的危险性更高。

四　家庭不良教养方式

父母的教养方式对子女自尊的发展具有显著的影响，父母对孩子采取“宽容与鼓励”、“温暖与理解”的教养方式会促进孩子自信、自尊的发展，提高其自信和自尊水平。相反，父母对孩子采取“严厉与惩罚”、“责骂与羞辱”、“拒绝与否认”、“过度保护”等教养方式，都会不同程度地阻碍他们的发展，降低其自信与自尊水平。调查发现，有药物依赖问题的青少年其父母的教养方式上多采用溺爱、关注过多但又缺乏亲子之间的感情交流，不能平等地对待子女和理解子女，或对待子女父母之间态度不一致，一方溺爱而另一方严厉。这些不恰当的教养方式使子女心理发育障碍、人格不良和社会化不足，进入社会后经受不起挫折与毒品的诱惑。

此外，研究发现药物依赖家庭方面的危险因素还包括：

◇ 父母对使用药物持宽容态度。

◇ 父母对反社会行为持宽容态度。

◇ 苛刻的或矛盾的家庭规则。

◇ 家庭对药物依赖的规定不严格或模糊不清。

严红英等人2005年采用“家庭环境量表中文版”和自编“一般情况调查问卷”对417名海洛因成瘾者的家庭环境因素进行调查和分析，结果显示，吸毒者家庭的亲密度、情感表达、组织性和控制性得分明显低于中国常模；矛盾性得分显著高于中国常模。

周志衡等2006年对广州市600例青少年药物滥用者和1200例正常青少年进行病例对照研究，结果显示:青少年药物滥用行为有6个主要危险因素：父母有药物滥用情况、学习成绩不佳、缺课情况严重、暴力行为、自觉孤独、家庭关系不良。

杨黎华2012年对157名有多药滥用经历的青少年进行调查发现，大多数使用毒品的青少年滥用成瘾药物的主要原因是用于消除戒断症状，有129人，占82.2%；其次是为了追求成瘾性药物所带来的快感，有83人，占52.9%；使用成瘾性药物增强毒品作用的有65人，占41.4%。其他原因还有为了减少毒品用量、用于消除毒品给人带来的精神抑郁、用于帮助睡眠等。

李某，7岁上学，成绩尚可。4年级时（11岁）开始经常到电子游戏厅玩电子游戏，由此结交了社会上一些比自己大两三岁的朋友，经常逃学和他们一起玩，之后开始厌学，学习成绩明显下降。12岁时因为好奇，模仿同伴开始吸烟、喝酒。父母平时忙于生计，对她并没有管束。初中二年级后因学习成绩差，自愿辍学在家。

李某的父母自婚后一起经营一杂货铺至今。其父母关系不好，经常争吵。从其2岁记事起，其父就经常在外喝醉酒，回家后经常与其母争吵并殴打其母。现其父在外又另有女人，只有母亲照顾她，她希望父母能够离婚。

自辍学后，李某整日无所事事，认识了一帮吸毒的朋友，曾看到他们吸毒，自己也知道吸毒有害。一日，她因与母亲发生争吵后去找朋友散散心，朋友问其是否想尝试一下海洛因，她当时觉得“好玩”，也开始尝试。第一次使用后只感到昏昏沉沉，并无舒适感。此后在朋友的影响下，间断吸食（每月或每周一次），约2个月后她发现自己已成瘾。

第四节　药物依赖的社会环境

这里所指的社会环境，包括人们生活的物质环境、文化环境、人际关系、社会环境、社会制度和法律环境等。社会环境、社会文化背景和社会生活在药物滥用的传播与发展蔓延中起着非常重要的作用。

一　药物的可获得性

不论药物的成瘾性有多强，如果难以获得，则滥用和依赖的机会就很少。毒品的贩卖者为了获得更大的利润，都会采取各种手段扩大毒品的销售范围、培育市场、增加药物滥用的人数。社会环境在很大程度上决定了药物的可获得性。我国从鸦片战争到解放初期，因鸦片容易获得，鸦片滥用的现象非常普遍。新中国成立后，政府对鸦片的种植、生产、运输、贩卖等进行了强有力的干预，鸦片很难获得，鸦片滥用的问题在中国内地基本销声匿迹。20世纪80年代以后，随着边境口岸的开放，国际贩毒组织利用我国西南边境与世界毒品产地——“金三角”相毗邻，利用云南作为过境贩毒通道，沿着毒品贩运通道，毒品的供应量增加，我国滥用海洛因的问题日趋严峻。

二　社会生活的变迁

社会生活的变迁时常会造成药物依赖的流行。20世纪50年代以后，西方国家如美、英、德、意等国，经历了经济高速发展、政治文化运动和民主运动，一系列的社会动荡使海洛因、大麻和可卡因等药物滥用的现象在这些国家迅速流行。我国自20世纪80年代实施改革开放以来，随着社会经济的发展，社会阶层和经济利益分配产生了较大分化。在此过程中，个体经历了物质生活和精神生活的双重变化，一方面是机会和物质的增长，另一方面是心理和精神生活的多元化。一些人在多元化的环境中对自

己行为的选择产生了迷茫，一些人难以承受社会发展和日趋严峻的社会竞争所带来的压力，为了使紧张的心理得到宣泄和缓解，部分缺乏应对压力技能的人往往采取滥用药物这一暂时解除心灵桎梏的方法，于是药物滥用问题逐渐显现。

三　社会对药物具有宽容性

社会文化背景决定了人们对一些药物的可接受性，即认为哪些药物是使人增添愉快的消遣品，或认为另一些药物应绝对禁止。受到社会文化、宗教和经济因素的影响，不同国家和国家内的不同地区对药物的宽容程度是不同的。例如在我国，饮酒和酒文化作为一种特殊的文化形式，在中国有几千年的历史，酒几乎渗透到社会生活中的各个领域，大众对饮酒持宽容的态度，使酒依赖人数逐年上升。在荷兰，大麻被界定为软性毒品，使用大麻成为合法与可接受的行为，因此当地大麻的使用很普遍。在土耳其，人们强烈忌讳吸食鸦片，因而当地没有严重的鸦片依赖问题。

四　缺医少药

在我国一些边远山区，特别是西南边境的少数民族地区，由于缺医少药，部分人群在患病后有用鸦片治疗疾病和减轻病痛的习惯，在治病的过程中，一部分易感人群就会形成鸦片依赖。

除上述因素外，研究人员发现，可能导致药物依赖的社会方面的危险因素还包括：

◇ 邻里间缺乏联系。

◇ 社区缺乏组织管理。

◇ 社会不稳定、缺乏安全感。

◇ 个人变迁和流动。

◇ 社区变迁和流动。

◇ 法律和规范赞成使用毒品（如：没有饮酒的最低年龄限制等）。

◇ 政治/军队的动荡。

参考文献：

1. 姜佐宁、万文鹏主编.药物滥用临床治疗检测管理，北京：科学出版社，1997

2. 江达开主编.精神病学.北京：人民卫生出版社，2009

3. 周志衡、王家骥、杨巧媛等.青少年精神活性药物滥用行为危险因素分析. 中国行为医学科学，2006. 7

4. 赵敏、杨祥金、赵勇等.海洛因依赖患者的其他精神障碍.中国药物依赖性杂志，2001. 10（3）

5. 杜江、赵敏、陆光华等.海洛因依赖者MMPI测试结果分析.中国药物依赖性杂志，2005. 14（5）

6. 严红英、陶志阳. 吸毒者家庭环境因素调查与分析.云南警官学院学报， 2006. 1

7. 张锐敏、冯忠堂、张力群主编. 海洛因等阿片类物质依赖的临床与治疗. 山西：



山西科学技术出版社，1999

8. 赵伟杰、郭振勇.毒品依赖者的成瘾行为与心理、社会因素的相关性. 中国药物滥用防治杂志，2008，14（5）:267~269

9. 李金亮、张晓霞、朱德旺等. 120 例药物依赖者心理行为与相关因素的研究. 中国药物滥用防治杂志，2003，9（2）:22~23

10. 邓晓军、兰荣.624例海洛因依赖者心理分析.华夏医学,2001.14（5）:684～685

11. 祝卓宏、王择青、刘协和. 海洛因依赖者人格特征研究.中国行为医学科学,2002，11（2）:161~164

12. 韩卫、王继京、陈仁军. 吸毒对个体心理社会功能的对比研究. 中国药物滥用防治杂志, 2003. 9（6）:9~11

13. 于建华、潘淑先、李胜书. 毒品滥用者的心理、社会因素调查分析. 山东精神医学, 2004. 17（4）:231~232

14. 姚斌、韩卫、吴朝俊等. 毒品依赖者社会支持与心理健康的相关分析. 中国临床心理学杂志, 2005. 13（2）:219~220

15. 秦琴、张进辅等. 影响青少年药物滥用的家庭因素述评.中国药物滥用防治杂志，2009. 5（1）:5~7

16. 杨黎华. 云南省吸毒青少年多药滥用调查分析. 中国药物依赖性杂志，2012，21（5）：379~381

思考题:

1. 导致药物依赖的家庭方面的危险因素包括哪些？
2. 导致药物依赖的个人方面的危险因素包括哪些？
3. 导致药物依赖的社会方面的危险因素包括哪些？

（罗　健）

第十四章　药物滥用的应对策略

本章简述药物滥用应对的“三减策略”，即减少供应、减少需求和减少伤害，阐明我国在实施“三减策略”的具体项目做法，如针具交换项目、美沙酮替代治疗、推广安全套使用；介绍药物滥用的社会心理康复概念，社会康复四阶段模式，以及社会干预和集体治疗作用。

第一节　减少供应、减少需求和减少危害

一　减少供应

减少供应，指的是减少各种药物的生产、销售等环节，使这些药物（特别是非法药物）在市面上的流通降低。

在认识到这些药物的危害后，各国对生产、销售各种非法药物的打击就从来没有停息过。以我国为例，从鸦片战争林则徐的禁烟运动开始，到新中国严格的禁毒措施，再到近年来对生产、运输、销售非法物质的严厉打击，国家历来都对毒品采取了严格的管控措施。这些减少毒品供应的行动对物质滥用问题起到了重要的作用。特别是在新中国成立之初，由于国门紧闭，再加上严格的立法等措施，毒品问题在我国一度消失。近年来，我国在“金三角”地区开展的“替代种植项目”，使该地区的鸦片种植面积大幅度减少，从而使缅北地区流入我国境内的海洛因明显减少，达到了减少供应的目的。

二　减少需求

但随着经济发展的需要、国门打开，加之消费市场的存在和暴利驱使，使得减少毒品供应的行动难以起到完全杜绝毒品的作用。在减少供应不能完全起作用的情况下，即非法物质存在一定可获得性的情况下，教会人们识别毒品的危害、自觉抵御毒品就显得非常重要，这就是减少毒品的需求。与其他的疾病预防相似，减少需求的层次也可以分为三级。

（一）一级预防

由于每一个人都有成为成瘾者的危险，因此一级预防的对象是全体公民。这种全



民的宣传教育有助于提高人们和社会对各种非法物质的警觉，更可减少误用或错用非法物质。另一方面，全民教育还有利于形成正性社会压力和社会舆论，使药物滥用的预防能从多个层次、多个角度同时展开，并能长期保持一定的势头，使得药物滥用的预防成为全民的行动。

一级预防的主要目的是让人们不要去错用、误用、试用那些易形成滥用的物质，以此来限制滥用物质的需求和流行扩散，这一层次的主要工作是宣传和教育。

全面掀起“6·26”禁毒集中宣传高潮

国家禁毒委员会办公室紧紧抓住“6·26”国际禁毒日这一有利契机，会同公安部宣传局、北京市禁毒委员会办公室，组织开展了一系列大型禁毒宣传教育活动。6月26日，国务委员、国家禁毒委员会主任、公安部部长孟建柱在国务院副秘书长、国家禁毒委员会副主任汪永清，国家禁毒委员会副主任、公安部副部长张新枫陪同下，专程到北京宣武医院看望了正在接受治疗的全国缉毒英雄罗金勇、罗映珍夫妇，并深入到宣武区陶然亭街道红土店社区视察社区禁毒工作。各地以“依法禁毒、构建和谐”为主题，精心策划“6·26”大型禁毒宣传教育活动，营造了国际禁毒日期间的浓厚禁毒氛围。中共中央政治局委员、上海市委书记俞正声视察了上海市公安局强制戒毒所，辽宁、黑龙江、天津、山东、河南、江西、宁夏、新疆等大多数地区党政主要领导都以不同形式参加了“6·26”禁毒宣传活动；全国妇联专门下发通知部署开展了国际禁毒日期间的禁毒集中宣传活动；北京市开通了“北京禁毒在线”英文网站，甘肃省举行了青年禁毒志愿者“重走长征路禁毒宣传行”活动，宁夏回族自治区举办了全区职工“拒绝毒品、健康一生”启动仪式，湖北省举办了禁毒公益广告创意大赛，贵州举办了大型禁毒文艺晚会，青海省举办了国际禁毒日交响音乐会，山西举办了禁毒动漫创意大赛，四川、陕西等地深入灾民安置点开展禁毒宣传，浙江、重庆、黑龙江、陕西、宁夏、内蒙古等地举行了毒品焚烧仪式，在全社会掀起了禁毒宣传的高潮。

（摘自《2009年中国禁毒报告》）

（二）二级预防

二级预防的对象主要是处于药物滥用高度威胁中的社区和人群，特别是青少年和其他高度易感人群，也包括错用、误用以及娱乐性、试探性用药的人群，这些人由于接触药物的可能性较大，频率较高，对药物的特殊效应有了体验，在一定的条件下很可能发展为定期或周期性药物滥用者。目前我国青少年滥用药物的主要趋势是：

◇ 仍然不断有新的青少年海洛因滥用者产生，并呈现低龄化趋势，女性药物滥用者有增长的趋势。

◇ 海洛因、鸦片为主要滥用的药物。在云南省边境地区、城市迪高厅已经发现滥用苯丙胺类兴奋剂的现象。

◇ 药物滥用者中多药滥用的模式已经形成。使用方式以注射为主，静脉注射的比例不断升高。

◇ 因共用针具注射吸毒而感染艾滋病病毒者直线上升，注射吸毒者中乙肝、丙肝

等其他血液传染病的感染率也较高。

◇ 吸毒青少年中有违法犯罪行为（偷盗、诈骗、卖淫和贩毒等）者居多。

二级预防的主要目的是要针对高度易感人群进行着重的宣传和教育，并对已经尝试了物质的人做到早期发现、早期干预和早期控制，制止他们发展成为药物依赖者。同时也制止药物滥用现象通过他们进一步扩散。为此，应设立一些临床服务机构、心理咨询和辅导机构以及相应的社会服务机构，为他们及早摆脱药物依赖提供条件。

案例1：预防青少年药物滥用和违法行为项目

为探索在青少年中预防药物滥用和违法行为的有效方法，项目组在昆明市3所中学开展了预防青少年药物滥用项目，旨在增加教师和学生（尤其是“问题学生”）有关药物滥用预防的知识和技能，提高他们抵御药物诱惑的能力，并让学生家庭参与到物质滥用预防的网络中来。

1．能力建设。

（1）项目组织框架的建立与项目组工作人员能力建设活动。

项目组工作人员赴某地接受“预防青少年药物滥用和违法行为”的方法学培训，并达成了项目组与教育、卫生、公安部门和学校点之间的合作机制，在3所学校建立项目实施小组。

（2）编制培训手册。

将项目资助方开发的培训材料翻译成中文，并加入核心生活技能训练的内容，编制成项目的培训手册《减少青少年药物滥用和违法行为培训手册》。

（3）教师、学生骨干与同伴骨干能力建设活动。

以《减少青少年药物滥用和违法行为培训手册》为教材，采用参与式培训方法对3所学校的教师和学生骨干进行培训，内容为：

◇ 青少年的心理和行为特征；

◇ 青少年药物滥用的危险和保护因素；

◇ 生活技能训练；

◇ 同伴教育方法。

培训结束后，由项目实施小组制订本校的项目实施计划。接受了培训的教师和学生骨干分别对学校教师、学生同伴教育者进行二级培训，再由他们制订同伴教育活动计划。

2．对学生开展同伴教育与学校健康教育促进活动。

（1）基线调查和需求评估。

在同伴教育活动开始之前，项目组对目标人群进行基线调查和需求评估，并根据基线调查和需求评估结果修订了项目实施计划。

（2）同伴教育活动。

各个学校结合本校自身的特点，充分利用学校的资源，以同伴教育为主要形式，开展了各具特色、丰富多样的健康教育活动，如戒烟流动红旗评比、校会表扬、知识竞赛、辩论、小实验展示、主题班队会、主题黑板报等活动。同时，还利用家长夜校等方式把项目拓展至学生家庭。



> 3．项目的评估与总结。
>
> 项目组应用问卷调查和焦点问题小组讨论的方法对目标人群受益情况和项目实施情况进行评估和总结，并组织项目合作机构和项目学校开展了校际间的项目经验交流活动。

（三）三级预防

三级预防的主要对象是药物依赖者，他们对药物已产生强烈的精神和身体依赖性。由于他们对药物的依赖性，其行为对自己、家人、他人和社会均构成了危害。对这些人必须有组织地进行治疗和康复，以帮助他们摆脱对药物的依赖，恢复正常的生理、心理和社会功能，重新回归社会。这需要有专业的服务机构向他们提供一整套的治疗和康复措施。

三　减少危害

在20世纪八九十年代，全球的大多数国家在物质滥用上的防治策略多强调减少供应和减少需求并重的方针，这一举措确实收到了一定效果。但随着艾滋病的蔓延，人们不得不重新审视在物质滥用问题上的策略，到底怎样才能在短期内、以较小的成本、有效率地遏制随着物质滥用问题而来的艾滋病传播呢？实践证明，务实的减少危害策略可以在较大程度上满足这一需求，从而有效地降低毒品问题带来的危害（包括艾滋病流行）。

（一）减少危害的概念

使物质成瘾者彻底戒断是人们善良的愿望。但实践证明，现有的各种戒毒治疗（包括惩教性的劳动教养措施）效果并不理想，这促使人们不得不重新评价原先的理想主义目标，从而采取一些务实的策略，减少危害这一思想正是来源于此。纵观各种减少危害的项目可以发现，这些项目在帮助成瘾者减少药物所带来的危害的同时，还设法加强与成瘾者的联系，为他们提供心理咨询、职业培训、技能训练等，同时鼓励他们保持与社会的联系和接触。

近20年来，“减少危害”策略从欧洲一些国家开始，逐渐扩展到美国、加拿大以及亚洲一些地区，产生了广泛的影响，基本上已深入人心。减少危害（harm reduction strategy，harm minimization，risk reduction）是指应用各种措施和方法以减少药物滥用及相关行为的不良后果的一种整体策略。

严格地说，减少危害不是一种具体的方法，而是一种思想，它包括的内容很广泛。以海洛因依赖者为例，由注射改为烫吸是进步，由多人共用污染的注射器改为使用清洁的注射器是进步，由使用街头海洛因改为参加美沙酮维持是进步，从性滥交或性活动毫无防范到主动使用安全套也是进步。对饮酒者而言，从终日饮酒改为每日适量是进步，从每饮必醉到偶尔醉酒也是进步。对吸烟者而言，减少吸烟量是进步，从吸烟改为嚼尼古丁口香糖也是进步。

下表表示的就是减少危害的模式：

过度	适度	彻底戒除
→	→	→
危害增加	危害减少	

减少危害的思想雏形最早可追溯至20世纪70年代，当时在荷兰和瑞典等国家就已经出现了类似的实践。但是，系统的活动及理论的形成则是在80年代初期。分析起来，这一理论的形成有如下几方面因素：（1）人们注意到，很多药物滥用者往往难以或根本不可能彻底戒除，彻底戒除的目标往往只是空中楼阁；（2）许多药物滥用者居住及营养等基本生活状况相当差，而且他们对自身行为的不良后果很少顾及，要想帮助他们，就必须从这些基本的方面着手；（3）HIV感染以及AIDS的出现与蔓延，对这一思想的形成起了关键的推动作用。提出这一思想的学者认为，主张减少危害与主张彻底戒除的目标并不互相排斥。我们仍可以将彻底戒除当成理想的目标，但与此同时又应持务实的态度，在毒品不能完全禁绝的社会环境下，正视有一部分人不能完全戒除的现实。

案例2：在注射毒品者中开展减少伤害的同伴教育项目

为了提高注射毒品者有关艾滋病和药物滥用的相关知识，掌握减少危害的知识和技能并部分改变他们的高危险行为，项目组在强制戒毒机构中为注射毒品者开展了减少伤害的同伴教育项目。

1．根据需求评估制订项目计划。

通过参与式的小组活动及个别访谈，项目组工作人员对戒毒学员中的自愿者进行需求评估，根据需求制订出总体实施计划，以保证项目的顺利实施。通过培训同伴教育者，由同伴教育者自己制订并实施同伴教育计划。

2．培训同伴教育者。

采用参与式方法培训戒毒学员中的自愿者作为同伴教育者。内容包括：

（1）自我介绍及培训班规则制订。

（2）项目简介。

（3）艾滋病的基本知识。

（4）艾滋病的流行趋势。

（5）艾滋病对家庭、个人、社会所造成的影响。

（6）感染艾滋病的危险行为识别。

（7）如何预防艾滋病。

（8）示教　如何消毒注射器。

（9）示教　如何正确使用安全套。

（10）野火游戏。

（11）药物滥用的基本知识。

（12）复吸的原因。

（13）怎样处理与以前吸毒朋友的关系。

（14）怎样处理情绪问题。

（15）如何获得他人的信任。

（16）怎样说“不”。

（17）康复知识简介。

（18）如何安排远离毒品的生活。



（19）同伴教育技能。

（20）制订同伴教育计划。

3．开展同伴教育活动。

同伴教育者根据培训内容及自身和所在机构的实际情况开展同伴教育活动，形式不拘，包括小组培训、个别交谈、黑板报、游戏等形式。

4．咨询及支持活动。

专业人员定期到戒毒机构进行个别及集体心理咨询。同时对同伴教育者进行督导，协助他们开展同伴教育活动，为他们提供所需的资料及知识技术。

5．编印减少伤害宣传小册子。

鼓励戒毒学员创作减少伤害的宣传小册子，经多次反馈、讨论、修改及预实验后，定稿并印刷了《艾滋病基本知识》《减少伤害，促进健康》《远离毒品，幸福生活》三本小册子。这些小册子均分发给干警、戒毒者。

6．项目评估。

项目中期及项目结束后，采取自制问卷调查、快速评估调查、目标人群小组讨论和个别访谈的方法，以普通戒毒者、同伴教育者、干警及家属为对象，对项目进行评估。同时，对同伴教育者进行个案追踪随访，以评估项目对目标人群的行为等方面的影响。

（二）减少危害的方法与措施

近年来开展的减少危害的主要方法和措施包括以下几种：

1．药物维持治疗项目。

药物维持治疗项目的目标是：

（1）为药物依赖者提供一种方便、合法、医学上安全和有效的药物以替代长期非法服用麻醉药品。

（2）保持药物依赖者的职业功能和社会功能。

（3）降低因为使用麻醉药品而导致的犯罪率、商业性性活动和反社会行为。

（4）与药物依赖者保持联系，及时向他们/她们提供预防疾病的知识、社会支持及心理辅导，鼓励他们逐渐戒除毒品。

（5）减少药物依赖者静脉注射和共用注射器的机会，预防经血液传播的各种疾病，如乙肝、丙肝和艾滋病等。

目前，药物维持治疗的方法主要是针对阿片类药物依赖者而设立的，包括美沙酮维持治疗和丁丙诺啡维持治疗。

香港特区的实践经验表明，美沙酮维持治疗是一种成熟的减少毒品危害的措施，在其他禁毒宣传的配合下可以发挥预防艾滋病的良好作用。自2004年以来，我国已经在全国范围内建立了多个美沙酮维持治疗门诊，评估显示，这一措施大大萎缩了海洛因的消费市场，有效地控制了艾滋病等血液传播疾病在这一人群中的传播。

2．针具交换项目。

行为科学的研究结果表明，知识的提高和态度的转变是较为容易做到的，但要改变一个人固有的行为是非常困难的。因此，“替代行为”比完全禁绝一种行为更为

容易做到。要让注射毒品者学会消毒注射器、不共用注射器和使用避孕套是不难的，他们/她们也能知道这些方法能保护自己。但如果后续服务中不能为他们/她们提供消毒水、干净注射器和避孕套，药物滥用者则很难保证会做到消毒注射器、不共用注射器和性活动时使用避孕套。对世界不同地区参与针具交换的药物滥用者的研究结果表明，不论是在艾滋病病毒低流行区、中流行区或是高流行区，估计的艾滋病病毒血清阳转率和观察到的艾滋病病毒血清阳转率都比较低。

针具交换项目的目标是：

（1）为药物滥用者提供经过消毒的注射器，回收被污染的注射器，避免这些注射器对健康人群造成威胁。对药物滥用者进行安全注射教育、教会他们/她们怎样消毒注射器和为他们/她们提供注射器和消毒水。

（2）与药物滥用者保持联系，及时向他们/她们提供预防疾病的知识、社会支持、心理辅导和医疗服务。

（3）减少药物滥用者共用注射器的机会，预防经血液传播的各种疾病，如乙肝、丙肝和艾滋病等。

3. 消毒注射器、正确使用安全套教育项目。

药物滥用者共用注射器吸毒，导致乙型肝炎、丙型肝炎和艾滋病等传染病在这一人群的迅速流行。之后又扩散至普通人群，这已成为这类疾病的流行特征之一。另一方面，药物滥用者无论是男性还是女性，拥有多个性伴侣者占有相当的比例。

研究数据表明，注射毒品者中存在有大量的高危险行为，他们/她们可通过这些高危险行为直接地或/和间接地将艾滋病病毒传播到普通人群中去。因此，在药物滥用人群中讲授消毒注射器的方法和正确使用避孕套的方法可能有助于预防艾滋病病毒在这一人群的传播。

第二节　药物滥用的社会心理康复及预防复发

一　药物滥用的社会心理康复概述

（一）社会心理康复的概念

精神活性物质依赖是一种慢性、反复发作的脑部疾病，是生理因素、心理因素与社会环境因素交互作用的结果。家系遗传学研究发现，物质依赖具有先天易感的生物学基础，有明确的物质与机体相互作用的关系，吸毒后机体有特异的病理生理学改变和相应的症状和体征。药物滥用问题的发生与发展涉及社会发展的多个层面。它不仅涉及医学科学，同时也涉及文化、社会经济发展状况、社会伦理道德规范、价值体系、政策和法律法规等。

就个人而言，药物滥用和依赖的形成和戒断除了生物学因素外，还与其家庭、个人的成长以及心理健康水平、人际交往系统、知识、态度、行为、社会适应等各方面密切相关。个体在形成药物依赖后，本人及其家庭除了要面对健康问题，面对死亡的

恐惧，面对诸如内疚、缺乏自尊、自卑、无助无望、抑郁、沮丧、绝望、负罪感、失败感、挫折感、没有安全感等诸多心理问题之外，同时，他们还需要面对自我家庭功能和社会功能的降低、社会角色的丧失、社会归属感的缺失、传统价值系统的崩溃、信任危机、人际关系恶劣和社会性孤立，以及不断增长的工作和生活问题、经济问题和法律问题等等。

因此，要想真正解决药物滥用问题，就其个体治疗而言，单纯的药物脱毒治疗并不能有效地解决其心理问题，药物滥用的治疗关键在于以生物学治疗为依托，综合采取心理康复治疗、行为治疗（如动机促进和强化治疗、认知治疗、团体咨询治疗和居住治疗等）和提供善后照顾服务（如职业培训、技能培训、帮助申请福利救助等）；建立社会支持系统（如社区康复体系、志愿者队伍等），为药物依赖者提供社会心理支持；组织戒毒者自助互助小组，建立戒毒者之间的自助互助和相互监督的机制，利用“榜样”的作用激励戒毒者尽可能长时间保持脱离毒品的状态；成立戒毒者家庭联谊会，为家庭成员提供药物依赖的相关知识，改变他们对吸毒者的负性态度，为他们提供有效沟通和交流的技能训练，促进家庭成员与吸毒者之间的沟通和理解；减少社会歧视和社会耻辱，为吸毒者的行为改变提供更好的社会支持环境；通过这样一些社会心理的干预，改变吸毒者以往的行为模式，提高他们的社会适应能力，促进他们重新回归主流社会。

（二）社会心理康复的阶段

药物依赖者戒毒后的康复是一个成长的过程。它需要一定的时间，康复者在此期间不仅需要学习知识和技能、转变态度和改变行为，更需要的是彻底改变自己旧有的生活模式。

社会心理康复可分为四个阶段，这些阶段主要指的是一些生活状况。举例来说：在“承担责任”阶段，康复者必须承担起生活方面的各种责任来，治疗者要通过采用不同的方法来鼓励康复者身体力行，必须用行为来表示出他已经承担起责任来了。

社会心理康复四个阶段的定义如下：

1. 初始阶段。

康复者在这个阶段已经感觉到身心交瘁，所有的希望均已破灭，实在是精疲力竭了。虽然不同的人这种程度有所不同，但每一个人都能感觉到自己的现实生活十分糟糕，实在无法面对。

2. 犹豫阶段。

在过去和未来之间摇摆不定，不愿回到过去，对将来又持怀疑态度。总是对自己缺乏自信心。这是一个自我怀疑和自我检讨的阶段。

3. 责任阶段。

开始着眼于康复的行动。逐步开始适应不使用毒品的生活。这个阶段的特征是在处理问题时康复者能保持自己的稳定度，他们这时开始有了新的支持系统，有了新的令人满意的生活。能适应比较重的工作，在做新的工作时能付出得更多。

4. 整合阶段。

在这个阶段康复者已有了新的生活模式。他已认识到了自己在世界上的存在价

值，他/她将继续努力，直至/她真正成熟起来。

（三）社会心理康复的层面

研究表明，目前我国仅有20%左右的药物滥用者尚有能力承担治疗性费用。要解决药物滥用者的毒品依赖问题，寻求能为药物依赖者负担的公共卫生服务已迫在眉睫。国际上的成功经验表明，随着药物滥用者的不断增加，利用社区资源，发展以社区为基础的药物滥用康复模式，对整个社区进行健康行为的干预，已成为当今世界上减少毒品需求的趋势性工作。

社区社会心理康复模式需要多渠道、多部门、多学科的合作，针对药物依赖者不断发展一系列有效的干预策略和治疗模式，要动员社会资源，从治疗、康复、重返社会、善后照顾等多个层面为药物滥用者提供医疗关怀、心理干预、经济援助、社会支持等多种服务，使他们在社区和家庭环境中，解决自我面临的心理、个人发展、家庭和经济等多方面的问题。

我们应当在社区层面和戒毒机构间建立起一种有效的“无缝连接”机制，把脱毒、防复发、回归社会、监督管理、社会帮教融为一体，只要药物滥用者愿意，他/她在任何地方都可以获得社会心理康复治疗服务；要增强社区参与戒毒康复服务的相关知识和技能，建立一种支持性环境，使药物滥用者能够通过社区的心理康复治疗，顺利回归主流社会。

二　预防复发

（一）复发的原因

复发（relapse）是药物依赖的一个重要特征，也是治疗药物依赖面临的一大难题。导致复发的原因多种多样，如：对毒品强烈的渴求感（心瘾）、与毒品有关的暗示物、同伴压力、离开保护地、毒品容易获得、稽延性戒断症状、应激、情绪状态、认知障碍、合并使用其他精神活性物质、合并精神疾病、缺乏正性的家庭和社会心理支持、社会歧视和社会耻辱等。

（二）复发的预防

近年来的研究表明，虽然复发的原因众多，但主要可归结为这么几个方面，一是生物学因素，二是家庭因素，三是社会心理因素，预防复发主要在这几个层面上进行。

1．药物干预。

目前药物干预的方法主要是纳曲酮治疗，对那些有强烈戒毒动机，以及有良好家庭和社会心理支持的患者预防复发的效果是肯定的，但多数病人对纳曲酮治疗的依从性差，治疗效果并不理想。现在国外探索使用鸦片受体激动剂和拮抗剂（纳曲酮和丁丙诺啡）治疗来预防复发，研究结果发现有一定的应用前景。

除纳曲酮外，研究表明，我国一些传统的治疗方法，如使用中药和针灸对鸦片类药物依赖者的稽延性戒断症状进行治疗，能够有效地降低稽延性戒断症状给患者带来的痛苦，这可能会在预防复发方面起到一定的辅助作用。

国内外研究发现，鸦片类依赖者中共患精神障碍和其他精神活性物质使用障碍很



常见，而这些共患疾病又是导致复发的重要因素之一，因此，在预防复发的治疗时，应当对鸦片类依赖者的其他精神障碍进行评估，对伴有其他精神障碍的鸦片类依赖者要制订相应的治疗计划，对其共患的精神障碍进行治疗，这样才能提高戒毒治疗的效果。

2. 家庭干预。

家庭在家庭成员药物依赖的过程中起着十分重要的作用，父母对子女的过分溺爱、对子女精神和肉体上的虐待、家庭成员间教育方式的矛盾冲突、家庭成员使用精神活性类物质、父母离异等都是直接和间接导致子女药物依赖的诱因和促进性因素，这些因素也同样是致使复发的重要原因。因此，在预防复发过程中，对家庭的干预是非常重要的，干预的方法有：

（1）家庭联谊会。鼓励有药物依赖问题的家庭组织成一个自助互助集体，让家庭成员在联谊会中宣泄自己的情感，学习药物依赖的基本知识，交流在帮助自己子女过程中的经验和教训，建立支持网络，参加家庭治疗，改变原有的家庭行为模式。参加家庭联谊会的成员应该心地坦诚和无所拘束，勇于讲出自己的问题并找出解决问题的方法。这些活动应在家庭联谊会主任的指导下进行。联谊会中的老成员、小组长和心理辅导员应在家庭联谊会中起到核心骨干作用，积极引导各种活动的开展，促进药物依赖者家庭成员的心理成长。

（2）家庭参与治疗。药物依赖者是家庭成员之一。因此，当家庭中有一成员发生药物依赖时，家庭中每一成员都会遭受巨大的精神创伤，所以，在康复治疗程序中，家庭的介入不仅能给康复者积极的影响，同样也能帮助家庭其他成员渡过自身的心理难关。经验表明，有家庭介入的康复者很少退出戒断康复程序。如果能对家庭关系进行调整和教育以便使家庭能对他们的亲人做出恰当的反应的话，那么家庭在治疗过程中所起的作用是非常重大的。

因此，无论何种康复治疗方法，鼓励家庭成员充分参与到治疗过程中是十分重要的，因为在康复治疗活动中，通过学习和互动，父母能够更好地理解药物依赖的各种危险因素和保护性因素，能够与子女进行有效的交流，为他们提供正性的支持，促进他们对治疗的依从性，共同改变与使用毒品相关的行为模式。

3. 社会心理干预。

社会心理的干预是多方面的，如：从个体的层面对药物依赖者的错误认知进行矫治，提高药物依赖者的认知能力。为药物依赖者提供素质教育，生活技能培训，职业培训，促进他们的人格成熟，提高他们的个人责任能力、家庭责任能力和社会责任感等。鼓励药物依赖者积极参与到康复治疗中（如参加治疗集体等），组成自助互助小组。社会心理干预还有一个重要的方面就是开发社区资源，动员社区，提高社区的能力，整合社区资源，建立社区支持网络，为接受治疗的病人提供社会心理支持。

（1）生活技能训练。生活技能包括个体对外界事物的理解力和反应力、指导和控制自我行为的能力、应激能力、获取知识和掌握技能的能力、建立和维持社交关系的能力，以及改善和建造自己身体的、社会的和外周环境的能力。

研究表明，生活技能训练能够有效提高药物依赖者的自我效能（self-efficacy），

增强他们抵御毒品诱惑的能力。生活技能包括：①分析问题和解决问题的技能；②做决定的技能；③创造性思考的能力；④批判性思考的能力；⑤有效交往的能力；⑥人际关系的能力；⑦自我意识的能力；⑧处理情绪的能力以及缓解压力的能力等。训练方法有小组或分组/成对工作、头脑风暴、角色扮演、辩论、公开讨论、媒介信息分析和传记、娱乐和运动性活动，以及书写对话等。训练内容有：①健康/安全教育；②自我行为分析；③个人时间安排与学习技巧；④学习如何安排个人财物；⑤如何申请工作；⑥如何应付求职面试；⑦如何寻找工作；⑧如何建立健康的生活方式；⑨如何获得医疗服务、咨询服务及自我帮助等。

（2）自助互助小组。国外戒毒者自助互助小组已有半个多世纪的历史。匿名戒毒者协会（NA）就是这种自助互助小组的典型代表，匿名戒毒者协会从匿名戒酒者协会（AA）演变而来，这些自助互助协会都有自己的十二戒律和十二信条，他们定期和不定期（每周1次或多次）召开小组会议，目的是想通过集体的力量，帮助药物依赖者从药物依赖中摆脱出来。任何一个已经摆脱毒品的康复者，只要他愿意，都能够加入到协会中来。

匿名戒毒者协会每周集会数次，通过说服、劝导、宗教誓约、友谊和一些心理治疗等方法，协助药物依赖者戒除毒品。匿名戒毒者协会希望每一个药物依赖者在戒毒决心动摇时首先打电话或是直接去寻求其他会员的帮助。

匿名戒毒者协会的信念是，在毒品面前，每一个药物依赖者都是弱者。集体之力量强于个人的心智。药物依赖者要清楚自己的弱点，要勇于承认错误。药物依赖者要对上苍坦诚，对自己坦诚，对他人坦诚，即使是对犯有与其一样错误之人，也应坦诚。应向所有受到其伤害的人们致歉，而且愿意弥补自己的过失。

匿名戒毒者协会要求每一个小组成员都有责任将协会的信息传播给那些仍在沉溺于毒品中的个体。每一个自助互助小组应当尽力自助，尽量减少对外界帮助的需求。匿名戒毒者协会要求每一个小组除了自救方式上的相互影响外，应是一个独立的整体。对匿名戒毒者协会成员的唯一要求就是希望停止使用毒品。独立自主是匿名戒毒者协会的传统和基本精神。每一个成员都应时时牢记，原则高于个性。

匿名戒毒者协会的特点是所有成员都应希望得到他人的帮助。匿名戒毒者协会的集会充分利用小组活动，通过类似集体心理治疗的形式使成员们不断地提高停止使用毒品的信心。匿名戒毒者协会还鼓励成员要与社会有广泛的接触，要同不使用毒品的人接触，不要脱离社会，不要自我封闭。总的来说，匿名戒毒者协会为戒毒者提供了许多非常有益的帮助，使戒毒成功率有了很大的提高。

匿名戒毒者协会要求所有的成员都必须保持不再使用毒品，一旦有人复发，他就要自己退出自助互助小组，不能再参加小组活动。协会中的每一个小组成员应尽力帮助他人，在帮助他人的过程中自救，小组成员应当相互勉励，共同戒除毒品。目前，国内一些城市已经开始有了类似匿名戒毒者协会这种自助互助小组的雏形，有的小组已开始初具规模。

（三）心理治疗

除运用上述的药物干预、家庭干预和社会心理干预方法来预防复发外，还可以采



用一些已被证实行之有效的心理治疗方法来对药物滥用者进行治疗，下面简要介绍两种有效的心理治疗方法，一种是以“一对一”进行心理咨询的动机促进和强化治疗，另一种是以小组治疗形式为主的团体咨询治疗。

1. 动机促进和强化治疗。

在药物依赖的治疗过程中，药物依赖者往往会在治疗和使用毒品之间循环往复，许多心理学家认为这其中最重要的原因之一是患者没有激发出真正源于内心深处的戒毒动机。因此，采用一些策略来改变患者的知识、态度、认知和行为，激发他们的治疗动机，并不断给予强化，鼓励他们保留在治疗程序中，这就是动机促进和强化治疗。

动机促进和强化治疗的理论基础是，药物依赖者的内在戒毒动机是发生改变的真正动力与关键因素，药物依赖者的戒毒动机因吸毒者的知识、态度、认知、情绪的变化而动态地在发生变化，随着动机的变化，药物依赖者的行为也在随之改变。

心理学家将这种行为的动态变化分为六个阶段，第一阶段是“懵懂期”，在这个阶段的人是很少想要接受治疗的，他们可能是受到了家庭的压力，或者是迫于经济压力，被动进入到治疗程序中，这时如果你告诉病人他有严重的问题，他的反应可能是非常对抗的，他会有很多借口，告诉你他没有什么问题，他对毒品还没有依赖性，自己完全能够控制得住毒品的使用量。对处于这个时期的病人，我们需要给予他们充分的知识和信息，提高他们对药物依赖问题的警觉性和行为改变的自觉性。

一旦病人对问题有了些自觉，他便进入了“沉思期”，在“沉思期”的病人内心充满了激烈的矛盾对抗，他们既想改变又拒绝改变，他们同时体验着两种相反的抉择：是去戒毒呢还是不戒了；是彻底改变自己呢还是听天由命了。治疗师此时的重点就是要在改变一边的天平上增加砝码，使病人能够朝着改变的方向移动。在此阶段，动机促进访谈法特别有效，它可以促使病人尽快进入到“决定期”。

处于“决定期”的病人会显得特别主动，他们常常下定决心，“这一次我一定要坚决戒毒了！”“我的问题已经相当严重了，我非得要进行改变不可。”治疗师必须抓住这个机会，帮助病人寻找适合于他又为他所接受的行之有效的行为改变策略，不要让他滑回到“沉思期”去。

“行动期”是动机促进和强化治疗的主体部分，在这个阶段，人们力求改变而采取一些特殊的行动。我们需要做的是发现病人存在问题的部分，让病人认识到问题所在，从而发生改变。不仅如此，还需要让病人不间断这种改变。因为在行为改变的经验中，许多人在行为改变开始期间总是充满了美好的愿望，但行为改变开始之后，随之而来的是“倒退”或者是“复发”。所以，如何保持“行动期”的成效，并且防止复发是“维持期”所要面临的最大挑战。在“行动期”和“维持期”，我们不仅需要为病人提供维持行为改变的各种技能，还要鼓励一些已经有成功改变的同伴为病人树立“榜样”，激发康复期间的病人保持住自己已经改变的行为。

但总有这样一些病人，他们又重新复发，又滑入到毒品使用的泥塘中，这个时期称为“复发期”。我们这时应当做的是重新开始，而不是停滞不前。我们要对行为改变的困难有充分的认识，要意识到我们要改变的是一种长期存在的行为模式，“倒退”和“复发”都是可以预见到的正常现象。治疗师要帮助病人避免因此而灰心丧气

或者是失去改变的勇气，要帮助他们回到“沉思期”重新思考，再下决心，再度行动。

以上所述的六个期是一个大的循环圈，绝大部分药物依赖者会在这个圈中不断循环往复，从表面上看，这似乎是一个永远解不开的死结，但从行为改变的层面上来看，这是一个立体的螺旋状结构，每一次的复发看似回到了起始地，其实并没有回到原点，它是在提升一个等级之上的复发，药物依赖者通常会围绕这个螺旋状结构数次（大约是6～8次）才能真正从药物依赖中摆脱出来。我们要有这样的理念，“复发”是行为改变历程中的正常情况。

当病人复发时，我们常常需要告诉当事人：“每摔一次跤或者是复发一次，你就成长了一岁，你就离康复又近了一步。”这并不是鼓励病人复发，而是要让他们不致因复发而一蹶不振，更何况复发是行为改变中的一个必然过程。这种行为改变的模式同样也提醒治疗师，要根据病人所处的阶段调整我们的治疗策略，切忌不论病人处于哪一阶段都采用千篇一律的治疗方法。

动机促进和强化治疗主要是采用“一对一”的咨询访谈法。访谈的原则如下：

（1）表达共情。尊重与理解当事人，要能够站在对方的立场上体验病人的感受与需求，采取支持和引导性的咨询方式来促进当事人的行为改变。

（2）发现差距。帮助引导病人集中注意力发现他目前的行为与理想或希望的行为之间的差距，一旦病人认识到他目前的状态与期望之间的差距时，会强化其改变的意愿。

（3）避免争论。咨询者的目标是与当事人一起前进，应当尽量避免与当事人争论。更多的是与病人进行讨论，帮助当事人作归因分析，权衡利弊，让他有选择的权利，做出决定并付诸行动。

（4）化解阻力。如果当事人有阻抗，可能要改变咨询策略来化解阻力，推动其发生改变，一味责怪对方缺乏动机，对咨询产生阻力是不利于改变的。

（5）支持自信。产生改变动机的一个重要前提是当事人必须相信改变是可能的，许多药物依赖者难以改变是由于他们没有自信，不相信自己有能力改变，治疗者首先要相信当事人的行为是能够改变的，并要帮助病人建立自信，让对方看到希望，看到可以达到的目标。治疗中还可以运用“榜样”的经验和成功的经历帮助病人建立自信。

激发病人行为改变的动机需要一些有效的方法，这些方法有：

（1）给予合理建议。研究表明，清楚的建议可以激发起改变的动机。一个好的、有效的建议应包括：① 清楚地指出问题和危机所在；② 解释改变的重要性；③ 提供特定的改变途径。

（2）消除各种障碍。希望改变的病人常常会由于一些实际的障碍（如：费用、交通、性别、托儿、安全、疾病、时间等）不能够参加到治疗程序中，治疗者应充分考虑到这些因素，尽可能地促进治疗的可及性、可获得性和可承担性。

（3）自由提供选择。没有任何人喜欢被别人支配或者是受强迫去做某事。当一个人感到自由受到威胁或限制时，产生抗拒心理是可以预见到的。研究表明，发自内心的动机来自选择行动方式的自由，以及不受外在因素的干扰与强制。



（4）减少危险因素。许多危险因素都会成为诱发病人对毒品强烈“渴求感”的触发点，如看到注射毒品的器具、烫吸毒品的锡箔纸、碰到以前的毒友、负性生活事件、负性情绪等。治疗者需要与病人共同讨论这些危险出现的时间、地点、情景，它们是如何影响病人的，以及可能的应对方法。

（5）及时给予反馈。如果一个人不知他身处何地，就不能及时计划自己的下一个目的地是什么地方，人们也会因为对自己当前的处境的所知有限，而没有改变的动机。因此，治疗者应当及时将病人在戒毒过程中获得的进步和成效，躯体和心理的状况，有关行为的后果和危险等信息反馈给他，让病人明确地知道自己下一步应当采取什么行动。

现代世界文化日益多元化，我们面对的病人更是形形色色，不同病人个性之间有相当大的差异，因此，在动机促进和强化治疗的咨询访谈中，治疗者需要根据病人的特点随时调整自己的态度和访谈方式，更要注意与病人之间的互动，这样才能收到预期的效果。

2. 团体咨询治疗。

团体咨询是在团体情境下提供心理帮助与指导的一种心理咨询形式，它是通过团体内人际相互作用，促使个体在交往中通过观察、学习、体验、认识自我、探索自我、发展改变自我、接纳自我、学习新的态度和行为模式，从而发展良好适应性的助人过程。

由于团体咨询是在团体情境下，面向多个咨询对象，因此它与个别咨询相比，具有一些特有的功能与价值：（1）团体内多向沟通，资源多样化，情感上相互支持，感染力强，影响广泛；（2）效力高，省时省力；（3）团体咨询提供了一种生活经验，咨询效果容易巩固；（4）团体中人际互动对于人际关系不良的人具有良好的促进作用等。

对药物依赖者的社会心理干预主要采用团体咨询的形式进行，在团体咨询治疗中，咨询员进行团体和个人辅导，并为戒毒成员提供小组讨论、角色扮演、情景训练、书面作业等认知治疗，改变患者对家庭、社会和自我行为的错误认知，让他们学会积极应对高危情境的技能，学会分析导致复发的各种危险因素，当危险降临时能够采取积极的行动。

当代的团体咨询考虑到药物依赖者的特殊性和复杂性，综合运用各种不同的心理咨询理论进行团体咨询，并根据团体在咨询过程中的不同时期和不同需求，选取相应的咨询理论作为指导。

对药物依赖者的团体咨询一般遵循以下的步骤：

（1）准备阶段。与药物依赖者进行个别访谈和小组讨论，了解他们这个群体的特征，他们在康复过程中碰到的主要问题是什么？产生这些问题的根源有哪些？他们在面临困难和问题时的主要应对方法是什么？他们最希望要做出的改变？他们在戒毒康复过程中最重要的需求有哪些？等等。了解药物依赖者的问题和需求后，根据不同对象（如性别、年龄等）和不同的需求将咨询对象分为18～24人的小组，然后开展团体咨询。注意：小组人数不能够太少，人数太少时互动的效果不好；小组人数也不能太多，人太多时有少部分咨询对象就不能很好地参与到团体咨询活动中。

（2）活动内容。根据准备阶段所进行的研究，以及咨询员希望在团体咨询活动后所要达到的目的，设计出相应的团体咨询活动内容。如：①我是你，你是我；②新的自我；③“抓宝游戏”；④画“图”活动；⑤“心情故事”；⑥我们的情绪；⑦怎样处理情绪；⑧自我情绪调整；⑨产生压力的情景；⑩怎样应对压力；⑪怎样作抉择；⑫怎样说“不”；⑬认知对我们生活的影响；⑭合理信念；⑮归因训练；⑯认知训练；⑰我们的人际交往；⑱“家庭雕塑”；⑲一封家书；⑳与家庭沟通；㉑如何拓展我的人际圈；㉒猜猜我是谁；㉓我的缺点，你的优点；㉔展望未来；㉕祝福道别。

（3）活动方式。团体咨询活动的方式原则上应具有互动性、参与性、安全性和新颖性，如角色扮演、心情故事、游戏、小组讨论、情景模拟训练、心理剧等。每次团体咨询活动后咨询员都应当根据参与者的回馈，做一个简明扼要的小结，点出本次活动的目的，让参与者对这个活动再一次反省，强化参与者改变的决心。

（4）活动时间。每一次团体咨询活动的时间一般为45分钟至1小时，每周1～2次。根据咨询对象的具体情况，连续开展12～24次。

（5）活动地点。团体咨询活动的空间应当适中，以能容纳所有参与的小组人数为好。活动的地点应让参与者感到安全，除咨询者和当事人外，最好不要有其他无关的人员在场。活动地点可以在自愿戒毒所、美沙酮维持治疗门诊、强制戒毒所、劳教戒毒所、监狱、社区和工厂等地。

（6）活动评估。每次团体咨询活动后，都应当对当次活动的效果进行评估，以便调整活动以满足当事人的需求和解决实际问题的需要。在一轮的团体咨询活动结束后，同样需要对当事人参与活动后的心理和行为状况进行评估，对在团体咨询活动中进步不显著的当事人再进行新的需求调查，鼓励他们进入新一轮的团体咨询活动。

（7）团体咨询和个别咨询。团体咨询和个别咨询并不是相互冲突的治疗活动，它们之间是互补的和相互促进的关系。因此，在团体咨询活动过程中要对那些有特殊问题和需求的当事人辅以个别咨询活动，这样才能更有针对性地帮助当事人。

（四）治疗集体

治疗集体（the therapeutic community，TC）起源于20世纪50年代。它是一种为药物依赖者提供居住治疗，最终完全戒除毒品的治疗方法。在治疗集体居住的不同阶段，通过等级的晋升，戒毒者学会对自己负责，学习到社会责任感，最终从毒品成瘾中走出来。在治疗集体中的各种小组活动中，戒毒者在同伴的相互作用下，学习到了社会规范，获得了更多的社会技能。国外的戴托普村、锡南依村、凤凰屋，以及中国云南的戴托普戒毒康复中心都属于这种类型的治疗模式，湖南、上海、北京和湖北等地强制戒毒机构和自愿戒毒机构也不同程度地引入了治疗集体的理念和方法。

治疗集体有别于许多其他的治疗方法，它主要使用那些已经戒毒成功的人士作为治疗集体的工作人员，帮助来参加治疗的药物依赖者，这是治疗集体取得成功的关键之处。治疗集体的首要原则是强调集体的治疗功能，戒毒成员通过结构和非结构性的方式进行相互作用，从而影响戒毒者与使用毒品相关的态度、观念和行为。研究表明，治疗集体有社会化、教育和职业技能训练的功能，它通过治疗集体内的社会化活动，矫正戒毒者的行为，改变他/她们对事物的态度和价值观，有效地恢复因吸毒而



损伤的社区和家庭功能。戒毒者在这里可以重新建立健康的生活模式，学习到各种技能，改变原有的价值观，获得生理和心理真正意义上的康复。治疗集体的第二条原则是自助，自助指戒毒者在治疗中是自我改变的主体，应当对自我的改变作出主要的贡献，“互助”则是指戒毒者要对其他同伴的康复负责任，帮助他人也是自我治疗的一个重要组成部分。

1. 治疗效果。

过去30年，美国国立药物滥用研究院对美国药物滥用治疗的效果进行了大量的研究，收集了65000个在公共资金支持治疗项目中接受治疗的个案，其中包括参加治疗集体、美沙酮维持治疗、院外戒毒治疗、短期住院治疗和脱毒治疗等项目的患者。比较不同机构的治疗结果，发现治疗集体的效果更加令人鼓舞。如：远期治疗效果表明，经过治疗集体长期治疗的患者使用可卡因、海洛因和酒精的量显著降低，犯罪行为、失业率、抑郁的状况与治疗前相比得到了明显的改善。

2. 治疗对象。

有各种物质滥用问题的人都可以到治疗集体接受治疗。治疗集体对那些伴有其他严重问题的病人也有很好的治疗效果，如有多种毒品成瘾，并伴有违法犯罪行为的病人；缺乏正性的社会支持，有多种精神卫生问题（抑郁、焦虑、创伤后应激障碍、反社会性人格或者是其他人格障碍）的患者。

3. 治疗时间。

一般而言，戒毒治疗的时间有长有短，没有特定的时间要求。完成治疗程序的人都会获得最好的治疗效果，但即便是中途退出治疗，病人自身也会有所收益。当然，治疗效果与在治疗集体中的时间是密切相关的，治疗时间越长，治疗效果可能也就越好。尽管如此，治疗时间还是应当以病人的需求和预期获得的效果而定。在治疗集体中居住至少90天的患者治疗效果要明显好于短时居住治疗的病人。传统的治疗集体居住时间为18～24个月，近年来由于经费的短缺，居住治疗时间不得不减少到12个月或者是更少，并出现了一些替代治疗模式。但对有严重问题（如多药成瘾、有违法犯罪行为、并发精神障碍、失业）的病人来说，90天以上的治疗是更好的选择。

对有6～7种问题的可卡因成瘾者进行了治疗效果的比较研究，这些患者居住治疗至少在90天以上。一年后的随访表明，只有15%的病人退回到每周使用可卡因，而那些在院外进行戒毒治疗90天以上的病人有29%的每周使用可卡因，只做了三周住院戒毒治疗的病人有38%的人每周使用可卡因。许多研究都显示出治疗时间与治疗效果呈正相关。

治疗集体有比较高的脱失率，尽管有1/3的患者又重新返回到治疗程序中。一些外部因素、项目服务质量以及个人在治疗中的努力程度都影响到治疗的保持率。外部因素包括患者与家庭和吸毒朋友的联系，这些吸毒的朋友是否涉及违法犯罪，他们是否有司法方面的压力，是否进入到治疗程序等。家庭、司法、就业状况等都能够促进治疗保持率和患者的治疗动机，增强治疗的效果。治疗因素包括患者是否与咨询员保持良好的联系，他们对治疗的满意度，是否参加继续教育等。一项比较研究表明，通过有经验的工作人员来增加新成员的治疗动机，与作为角色模范的初级工作人员做大量

的工作相比较，有经验的工作人员能够根据自己的体会来和新入住者讨论治疗保持的话题。这种方法能够增加30天居住时间，对那些治疗前缺乏动机的患者效果更好。个人的态度也与保持率相关，如自尊，对自我和未来的态度和信念，对治疗所做的准备和动机等。对接受过低教育水平的患者来说，认知治疗、促进自尊、开发个人的正性潜能，让他们更好地理解治疗能够给他们带来的益处，帮助他们有对治疗和康复恰当的期望是非常有效的方法。

4. 治疗集体的基本要素。

近30年的研究发现，信念、临床和教育的水平、项目的组成是治疗集体的要素。这些要素可归结成为两条原则：一是集体的互动，二是自我帮助的效能。典型的治疗集体位于远离毒品的地区，在治疗集体中进行居住治疗的患者必须遵守严格而又清楚的治疗规范。这些规范通过奖惩制度来进行强化，强化的结果使得病人自我控制能力和责任感得到加强。在治疗集体中的戒毒病人通过等级晋升得到更加重要的职位，获得更多的特权和更大的责任感。

治疗集体中的"集体"自身就是一种方法，患者在这样的集体中通过小组治疗、小组会议、团体学习、对质、游戏和角色扮演等多种活动来改变自己的负性思维和行为方式。治疗集体希望居住者都能成为角色模范，他们正性的价值观念和行为模式能为其他成员所学习。在治疗集体中，居住者要学会设置自己的目标，学习怎样做计划，学习负责任的生活。他们要相互帮助，学会情感的管理和表达。他们要参与治疗集体的各种小组活动、会议和研讨会，学习个人和社会的道德和伦理，从社会心理上获得真正意义的康复。

5. 治疗集体的架构。

治疗集体根据居住者的实践经验设计出符合患者体能的康复计划，新入住者需要完全参与到治疗中，集体帮助他们找到他们吸毒的根源，鼓励他们学习积极的社会态度、健康行为和责任感。治疗集体可大可小，典型的治疗集体大约能容纳40~80人居住，也可根据病人的需求、资金的多少、周围社区居民的宽容度来设定治疗集体的居住人数。治疗集体可以建立在乡村，也可建立在城郊接合部，在监狱和劳教所也可成立治疗集体。研究显示，治疗集体中每11个居住者就配有一名咨询员，这些咨询员三分之二是成功戒毒的人士。近年来，为了满足不同的治疗需求，有专业背景的职员（如社会工作者、护士、心理学家等）逐渐增多。

治疗集体每天的活动

治疗集体每天的活动是形式多样但又有序进行的。典型的治疗集体活动时间从上午7点至晚上23点，活动包括家庭晨会和晚会、职能工作、小组活动、研讨会、个人活动时间、娱乐活动、个体咨询等。考虑到就业对戒毒者成功回归社会是一个关键的因素，职业技能训练在治疗集体中是一项重要的治疗内容。

治疗集体中的所有活动、人际交往、社会互动在个人的改变中都起着十分重要的作用。

◇ 临床小组。（如情感小组、对质小组、反省小组、艺术小组等）采用治疗的方法解决患者一些明显的生活问题。



◇ 集体会议。（如晨会、每天的家庭会议、全体会议、研讨会等）主要是用于回顾治疗集体的目标、程序和功能。

◇ 职业培训和教育活动。在小组会议、工作和交流中，为居住者提供职业培训和教育，提供人际交往技能的训练。

◇ 集体和临床管理。（如特权、纪律处罚、安全、监测等）为居住者的生理和心理提供一个安全的环境，确保他们的生活和治疗能够有序地进行。

6. 治疗分期。

治疗集体分为三个主要的阶段：

（1）第一阶段（引入和早期治疗）。进入治疗集体的第一个30天为第一阶段，这个阶段的居住者需要学习治疗集体的规则和程序，与职员和其他居住者建立相互信任关系，对自我、环境和需求进行评估，学习成瘾的原理，对康复过程做出承诺。

（2）第二阶段（基础治疗）。在等级化的治疗模式中逐渐增加正性的社会态度和行为，增强责任感。治疗集体通过干预改变个体与使用毒品相关的态度、观念和行为，强调要重视患者的社会、教育、职业、家庭和心理的需求。

（3）第三阶段（重返社会）。在这一阶段主要是促进个体与治疗集体的分离，让个体能够成功地返回主流社会，找到职业或者是进入学校。除此之外，还要为戒毒成功者提供多种后续的服务，如个人和家庭的咨询、就业和教育指导等。治疗集体应当与自助互助小组建立紧密的联系，当戒毒成功者返回社会时，要鼓励他们加入到自助互助小组。

7. 对有特殊需求病人的治疗。

研究显示，治疗集体中的病人有着不同的特殊需求和复杂的需求，如：有的人伴发精神疾病、感染上艾滋病病毒、患有艾滋病，抑或是无家可归等。提供尽可能多的服务，满足这部分人的需求是治疗的重要环节之一。如为母亲提供照顾孩子的服务，为青少年提供有针对性的治疗，为伴有精神疾病的药物依赖者提供精神卫生服务，帮助违法犯罪者改变他们的观念和行为，为艾滋病病毒感染者和艾滋病病人提供医学和社会服务。总而言之，治疗应当是个体化的，包括治疗的时间、治疗的类型以及各种不同的小组活动。

8. 女性药物依赖者。

进入到戒毒机构的女性药物依赖者往往会有许多严重的问题，包括低的自尊、抑郁，以及其他精神卫生问题。她们更多地遭受到虐待，更难接触到医学、社会和精神卫生服务。她们还有受教育水平低下，缺乏职业技能，没有市场竞争力等问题。专门针对妇女的戒毒机构，或者是既有男性又有女性的戒毒机构能够更好地帮助这部分女性药物依赖者，因为它们可能更能够满足女性的需求。有证据表明，女性吸毒者戒毒需要更长的时间，这样才可能有较好的治疗效果。治疗集体的新方法更加关注妇女的家庭和孩子，一些示范项目让妇女将她们的孩子带到治疗集体中，这种方法能够促进她们精神卫生状况的改善，增加她们在治疗集体中的保持率。

9．青少年。

严格管理的治疗集体可以为有吸毒问题的青少年提供更有效的服务。对青少年戒毒效果的研究显示，对那些有过戒毒经验、有更多严重问题、有司法问题的青少年来说，治疗集体比院外戒毒治疗更能够取得好的效果。尽管对青少年的治疗有很大的难度，但一些研究发现，因缓刑转介进入治疗集体的青少年与转介到没有特殊戒毒治疗服务的戒毒之家的青少年相比较，前者的酒精、大麻和其他非法毒品的使用量明显减少，心理调适更好，学业成绩上升，偏常行为和犯罪行为减少。在这些治疗集体中，治疗项目可以为青少年提供更多的教育和更多的咨询服务，治疗集体鼓励家庭参与到子女的治疗活动中，项目还为回归社会的青少年提供更多的善后照顾服务。

10．合并其他精神疾病的人。

对合并精神疾病的药物依赖者治疗比较困难，因为这部分人除有物质滥用问题和精神卫生问题外，还存在有来自多方面复杂的问题。让这些患者参与到治疗集体中是比较适宜的，因为治疗集体有等级制度，有严密的组织结构，以及成熟的自助互助机制。在对一些治疗方法进行调整后（如：减少对质活动，弱化等级晋升制度，对需要用药的病人使用抗精神病药物等），病人心理状况得到改善，表现在抑郁减少，呆在治疗集体中的时间更长。

11．有司法问题的病人。

药物依赖者常有各种司法问题，对在治疗集体中接受治疗的这部分患者大量的研究结果表明，在监狱中使用治疗集体的方法可以让释囚顺利返回社区，能够创造一个安全、易于管理的监狱环境。

12．艾滋病病毒感染者和艾滋病病人。

治疗集体能够有效地关怀和帮助感染了艾滋病病毒的药物依赖者，能够有效地降低他们的高危险行为，遏制艾滋病病毒的传播速度。国内外的研究表明，治疗集体能够根据感染者和病人的需求调整治疗方法，为他们提供综合的干预服务。如精神卫生服务、艾滋病病毒抗体自愿咨询检测服务、行为改变干预、性病治疗和抗病毒治疗等。

参考文献：

1. 郝伟主编. 精神病学，第4版.北京：人民卫生出版社，2002

2. 姜佐宁、万文鹏主编.药物滥用——临床、治疗、检测、管理.北京：科学出版社，1997

3. 中英性病／艾滋病防治合作项目. 司法、公安系统预防艾滋病及其减少伤害培训参考资料.昆明：中英性病／艾滋病防治合作项目云南省办公室，2001

4. 李建华. 对当前药物滥用和艾滋病预防策略的反思. 中外医学哲学，1998. 1（4）：37~42

5. Editorial: Harm Reduction-a framework for incorporating science into drug policy. American Journal of Public Health,1995,85（1）

6. Kate Ksobiech. Return Rates for Needle Exchange Programs: A Common Criticism

Answered. http://www.harmreductionjournal.com/ content/1/1/2

7. Kaplan EH: Economic analysis of needle exchange. AIDS, 1995, 9:1113~1119

8. Brettle RP. HIV and harm reduction in injection drug users. AIDS, 1991,5:125~136

9. 香港立法局秘书处.香港及若干特选国家的美沙酮治疗计划，1996,http://www.legco.gov.hk/yr97~98/chinese/sec/library/956crp12.pdf

10. Yuet W. Cheung. Substance abuse and developments in harm reduction. Canadian Medical Association Journal, 2000, 162 （12）

11. 海洛因，维基百科.http://zh.wikipedia.org/wiki/%E6%B5%B7%E6%B4%9B%E5%9B%A0

12. K粉，互动百科. http://www.hudong.com/wiki/K%E7%B2%89

思考题：

1. 什么是控制药物滥用问题的“三减策略”？

2. 你在学校里是否参加过预防药物滥用的宣传干预活动？如果参加过，你认为有效果吗？需要怎么改进才更加符合青少年的需要？如果没有参加过，你认为应该怎样设计一个合适的干预活动？

3. 对药物滥用者而言，减少危害的措施包括哪些？

4. 药物滥用的社会心理康复是一个什么过程？主要包括哪些阶段？

5. 药物滥用者复发的原因有哪些？怎样预防复发？

6. 对药物滥用者的心理治疗方法有哪些？

7. 什么是治疗集体？治疗集体怎样帮助不同的人达到治疗目标？

（李建华）

第十五章　药物滥用与艾滋病

本章主要介绍了我国境内药物滥用人群中注射使用毒品及共用注射器吸毒的现状，以及此类人群感染艾滋病、性传播疾病、丙型肝炎的情况及可能的流行趋势，并简要介绍对药物滥用人群中高危险行为及上述传染性疾病的应对措施。

第一节　药物滥用人群中易感染艾滋病病毒的高危险行为

一　注射使用毒品、共用注射器

药物滥用者使用毒品的方式是多种多样的，有的人在开始使用毒品时就采用注射方式，有的药物滥用者开始时用“啖吸/吸烫烟”的方式使用毒品，吸毒一段时间后改为注射毒品的方式使用，因此，采用注射方式使用毒品，在注射毒品时共用注射器是感染和传播艾滋病病毒的重要渠道。自1989年底在我国云南省瑞丽市的注射使用毒品人群中成批发现艾滋病病毒感染者以来，我国监测到的艾滋病病毒感染者和艾滋病病例逐年增加，这些感染者和病人中大部分为注射毒品者。

我国多个地区的注射毒品者共用注射器的比例很高，可达60%～99%。在其他一些调查中，发现在注射使用毒品人群中，与他人共用过注射器的比例为74.5%～89.2%。在新疆维吾尔自治区和云南省部分注射毒品者中，艾滋病病毒感染率高达80%。

> 云南省建档的2355例艾滋病病毒感染者中，有2065例注射毒品者，他们中67％的人经常与别人共用注射器，21％的人偶尔共用注射器。在四川、广西和贵州等省的部分注射毒品人群中，艾滋病病毒感染率分别达50.0%、43.1％和34.8%。

多项调查显示，在城市的注射毒品者中，他们大多数注射器的来源主要是药店和私人诊所，多数情况下他们只使用自己的注射器，但在“瘾发”而药店和诊所又已经关门的情况下，他们也会借用别人的注射器，或者是将自己的注射器借给别人使用。农村的药物滥用者大多数不能够及时获得注射器，也很少能够承担得起注射器的价格，因此他们中的共用注射器现象更为普遍。药物滥用者大多数不消毒注射器或不



知道如何正确消毒注射器。

研究表明，高死腔注射器比低死腔注射器留有更多的液体和血液（见图15-1），如果共用高死腔注射器，其传播HIV的危险更高。因此，需要教育药物滥用者使用低死腔的注射器。同时，在针具交换项目中也应提供低死腔的注射器，以减少HIV的传播。

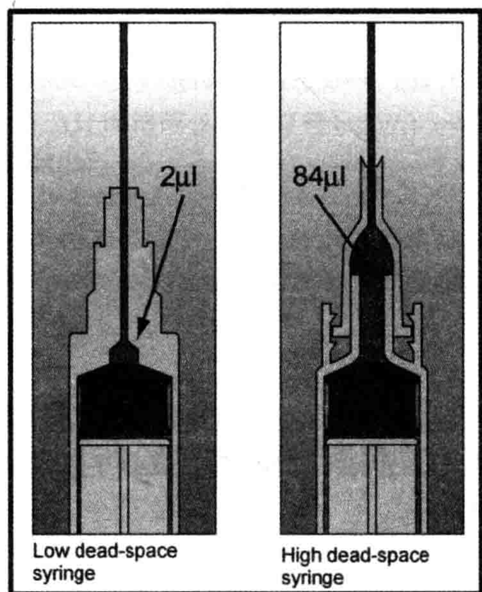


图15-1　高、低死腔针具的液体残余量比较

共用注射器有以下原因：

吸毒者静脉注射毒品时共用针具或借用针具，不消毒的现象较为普遍，主要有以下几个原因：

1. 缺乏卫生意识。吸毒人群的文化程度普遍偏低，缺乏卫生意识，没有消毒观念，对直接共用注射器尤其对共用容器也是一种共针行为的间接危害缺乏认识，导致其在不了解危害性的情况下共用针具。在边境少数民族中尤为突出。

2. 注射器太贵。吸毒者有钱首先考虑的是先买毒品，别的都不在意。即使单个注射器的花费看上去很低，但是多数吸毒者至少每日都需要注射，因此他们如果购买注射器将导致费用的上升。

3. 急需时互通。吸毒者在“瘾发”而无注射器备用的情况下，为了及时获得欣快感，向身边的毒友借用注射器是很普遍的现象。

4. 表示关系好、团结和相互信任。吸毒者伙伴的共识是吸毒，大家有时在一起共用注射器吸毒是表示关系好、团结和相互信任，类似于酒友相聚互相传杯喝酒。

5. 认为对方比较健康，盲目相信“我和他都没有传染病”。由于艾滋病病毒感染后的数年内可能没有症状，吸毒者会觉得自己没有传染病，经常见面的亲朋好友看起来健康，也没有传染病。有的吸毒者会自备针具并且消毒，但仍与少数“信得过”的毒友共用针具，理由是“我感觉或知道他没有传染病”。

6. 不知道如何正确消毒注射器。大多数吸毒者不消毒注射器，在重复使用时，他们会用清水、开水或酒精随便清洗一下后继续使用。

7. 购买注射器困难。主要是在乡镇或农村的静脉注射吸毒者，因没有可提供购买注射器的药店、诊所等，需要到县城去购买。或者即便在本地能买到，但因药店、诊所数量少，地方小，怕暴露不敢多买和不愿意去买，或是因诊所或药店的营业时间不方便购买等。

二　不安全性行为

药物滥用者的性活动主要有两个特征：一是多性伴、嫖娼等性乱行为；二是安全套使用率非常低。

国内多数调查表明，药物滥用者中拥有两个以上多性伴的人数比例较高，且他们在性行为中使用安全套的比例较低。对云南、四川两省1680例药物滥用者的调查显示，在过去一年中，有709例“同配偶以外的人（临时性伴）发生过性关系”，占被调查总数的42.2%。709例中平均每人同5.2人发生过性关系。他们中有48.9%的人在性活动中从来不使用安全套。

四川省绵阳市对688名药物滥用者做了行为学监测，以及梅毒和艾滋病病毒检测，结果分析发现，44.9%的药物滥用者有过嫖娼行为，他们中76.4%的人不使用安全套，每次性行为都使用安全套的人只有2.9%。四川省西昌市602名药物滥用者行为学调查表明，在进行行为综合监测的375例药物滥用者中，有非固定性伴的150人，占40%，与非固定性伴不使用安全套的114人，占82%。最近一个月用金钱（毒品）换取性的男性药物滥用者占36.1%（100/277），用性换取金钱（毒品）的女性药物滥用者占34.7%（34/98），在这134例药物滥用者中，与暗娼/客人发生性关系时不用安全套的有102人，占76.1%。

云南一项对306例药物滥用者吸毒行为及艾滋病病毒/艾滋病的知识、态度和行为调查发现，被调查的药物滥用者中79.6%的人有两个以上的性伴侣，其中37.7%的人有几个（2~4个）性伴侣，有41.9%的人有多个（5个以上）性伴侣。他们/她们在性活动中从不使用和偶尔使用避孕套的占83.2%。在昆明市369例药物滥用者的行为综合监测中，最近12月与非固定性伴有性行为的占36%，最近1个月与商业性性伴有性行为的女性为21%，男性注射毒品人群最近一次与商业性性伴使用安全套的只有21%。

国内外多项研究显示，苯丙胺类药物与艾滋病病毒感染有着密切复杂的关系。苯丙胺类药物是导致中枢神经兴奋的精神活性物质，使用后可以使人产生持续、高度的兴奋状态，并有明显的性冲动，因此使用者发生性行为的可能性较大。

有调查显示，80%的苯丙胺类兴奋剂使用者在药物状态下有过性行为，且伴有性行为时间较长、多人性行为和性暴力等现象，但在药物影响下，他们的安全套使用率却非常低，或容易出现安全套滑脱等情况。

在这样的药物作用和亚文化行为模式影响下，苯丙胺类药物使用者感染、传播艾滋病的高危险行为和艾滋病病毒感染率明显高于一般人群，他们正在逐渐成为艾滋病等性传播疾病的潜在高危人群。

第二节　药物滥用人群行为相关疾病

一　性传播疾病

我国吸毒人群中的性传播疾病患病率相当高，且有不断增高的趋势。上海地区药物滥用流行病学回顾性调查显示，在734例自愿戒毒者的检测结果中，有97例患有性病，占13.2%。在23730例戒毒者中，有性犯罪的362例，占3.1%；有卖淫行为的3386例，占29.2%。西安市的一项研究发现，在2586例鸦片类物质依赖者中，性传播疾病



的患病率为4.6%。女性生殖器官炎症占被调查女性人数的44.3%，平均年龄更小。对北京和新疆女性药物滥用者的一项研究表明，在被调查的156例女性药物滥用者中，有19个人曾经感染过性病，占12.2%。武汉市的一项调查显示，在128例女性海洛因依赖者中，共检出性病35例，占受检人数的27.3%。广州市对吸毒人群的一项性病/艾滋病调查发现，在5385例海洛因依赖者中共检出艾滋病病毒阳性者124例，淋病210例，梅毒190例，尖锐湿疣132例，疱疹65例。另外在广州的一项调查显示，在被调查的167例女性药物滥用者中，检出性病24例，检出率为25.2%，三种性病依次为梅毒19.2%，淋病7.8%，尖锐湿疣1.2%，其中有4例混合感染。重庆的一项调查发现，在接受调查的200名女性药物滥用者中，共查出梅毒48例，患病率为24.0%。对广东某妇教所300例女性吸毒人员的调查表明，在300份血液标本中，30.7%梅毒螺旋体抗体明胶凝集试验阳性。

二　丙型肝炎病毒

全国22个省市美沙酮维持治疗门诊的调查表明，在这些门诊接受治疗的患者当中，HIV感染率最低的是甘肃和宁夏，其感染率分别为23.3%和27.1%，中度高的有海南、福建、贵州和云南，感染率39.1%～43.7%，HCV感染率最高的省有新疆、广东、四川、吉林、湖南、广西、重庆、安徽、上海、陕西、浙江、湖北、青海、北京、江苏，感染率在56.6%～81.6%之间。在北京、广东、湖北、湖南、江西、云南等地羁押场所的调查发现，这些场所中吸毒人群中HCV的感染率为30.7%～82.1%，已处于较高或相当高的水平。

三　艾滋病病毒

由于注射使用毒品者中存在大量高危险行为，这使得我国注射使用毒品人群中艾滋病病毒抗体阳性率有逐年增高的趋势，但近几年增加速度有所减缓。注射使用毒品人群中艾滋病病毒抗体阳性率在不同的地区差异较大，全国平均水平是7%左右，但云南、新疆、广西、四川、贵州、广东、湖南的局部地区的注射使用毒品人群中艾滋病病毒感染率可高达60%~80%。

海洛因依赖者由于存在着大量的易传播艾滋病病毒的高危险行为，当他们中艾滋病病毒感染者增多以后，就会将艾滋病病毒从这个人群向其他的人群传播开来。如他们通过不安全的性行为，将艾滋病病毒传播到性工作者人群、他们的妻子/女朋友，或者是偶然性伴中。另外，女性海洛因依赖者中有一部分人会利用性去换取毒资或者是毒品来满足她们对毒品的欲望，这样也就可能把艾滋病病毒传播到她们的客人或者是普通人群当中。因此，在注射毒品者中开展降低危害的宣传教育，采取降低危害措施（如美沙酮维持治疗、清洁针具交换等），对他们进行行为改变干预，利用自愿咨询检测发现他们当中的艾滋病病毒感染者和病人，为已发病的药物滥用者进行抗病毒治疗就成为当前遏制艾滋病病毒在注射毒品人群中流行最有效的综合性防治策略。实践表明，通过这些综合性的性病／艾滋病防治措施，就能够极大地提高海洛因依赖者对性病／艾滋病的知识，增强他们的防病意识，减少他们的高危险行为，为他们中的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人开展抗病毒治疗，降低他们的疾病传播效能，提高他们

的生命质量，从而减缓艾滋病病毒在我国的流行速度。

参考文献：

1. 罗健、杨芳、李建华等.306例药物滥用者吸毒行为及艾滋病病毒/艾滋病的KAB调查.中国药物滥用性杂志.2002,4:300~302

2. 傅继华、姜珍霞、李令国等.新型毒品吸食者性行为特征分析. 中国公共卫生.2012,2:240

3. 张桂云、郑锡文.广西吸毒人群艾滋病病毒感染率调查.中华流行病学杂志.2000,1:15~16

4. 刘志民、连智、穆悦等.四地区药物滥用者吸毒行为、性行为及其对艾滋病态度、知识的流行病学调查.中国药物滥用性杂志.2001,10:48~52

5. 贾曼红、张勇.1990—1998年云南省艾滋病病毒感染者个人档案资料分析.中国性病/艾滋病防治.2001,6:343~345

6. 中国艾滋病防治联合评估报告.中华人民共和国卫生部和联合国艾滋病中国专题组.2003.12

7. 杨宏武、张光贵、朱学英.绵阳市688名药物滥用者行为学及梅毒、艾滋病病毒检测结果与分析.中国艾滋病性病.2003,增刊:21~23

8. 薛丽燕、王祖承、堵亚静等.上海地区药物滥用流行病学回顾性调查.中国药物滥用性杂志.2002,1:47~50

9. 罗江武、张群才、于叔麒.阿片类物质依赖者常见并发躯体疾病调查. 中国药物滥用性杂志.2003,2:139~143

10. 刘彦红、赵成正、赵苓等.女性药物滥用者对艾滋病认知情况的流行病学调查.中国药物滥用性杂志.2001,3:214、217

11. 谈绍强、杨重智、邢沛黔.吸毒人群中性病/艾滋病调查. 中国药物滥用性杂志.2003,1:48、51

12. 徐慧芳、邱成文、陆有平.167例女性吸毒者性行为和三种性传播疾病感染调查分析.岭南皮肤性病科杂志，2001，8(3)：182~183

13. 丁贤彬、徐世民、邝富国.重庆市200名女性劳教人员艾滋病知识及高危行为特征分析.重庆医学，2004，33(2)：222、224

14. 杨立刚、钟山、谷梅等.300例女性吸毒人员性病、乙肝和丙肝感染状况分析.岭南皮肤性病科杂志，2006，13(2)：139~141

15. 刘云慧、闫丽、胡英、刘小翠.北京市486名吸毒人员HIV、HCV和梅毒感染状况分析.疾病监测， 2007，22(1)：10~12

16. 李晓静、朱义彬、李照荣等.在戒毒所开展吸毒人员自愿咨询和检测的研究结果分析.疾病监测，2006，21(12)：631、634，644

17. 邓莉平、桂希恩、王兮等.湖北吸毒人群中HIV,HBV,HCV,HGV,TTV感染情况调查.湖北预防医学杂志，2003，14(5)：1、2



18. 关岚.男性吸毒人群中丙型肝炎病毒感染状况及其影响因素的研究.博士生论文，中南大学，2003

19. 匡奕华、陈林俊、肖国萍等.216例海洛因依赖者HBV、HCV、HIV感染状况分析.江西医学检验，2005，23(6)：543~544

20. 黄梅、郑克勤、岩温佐等.景洪市强制戒毒所新入所人员HCV、HIV感染情况分析.皮肤病与性病，2008，30(1)：44~46

21. 国务院防治艾滋病工作委员会办公室，联合国艾滋病中国专题组：《2007年中国艾滋病防治联合评估报告》

22. Bobashev, G.V., & Zule, W.A. (2010). Modeling the effect of high dead-space syringes on the HIV epidemic among injecting drug users. Addiction, 105(8): 1439~1447.

23. Zule W, Friedman S, Des Jarlais D, et al. Does Type of Syringe Influence HIV Epidemics among Injecting Drug Users? AIDS 2010: XVIII International AIDS Conference. Vienna, Austria; 2010.

思考题：

1. 我国药物滥用人群中容易导致艾滋病病毒传播的高危险行为有哪些？

2. 我国药物滥用人群中，性传播疾病、丙型肝炎、艾滋病等疾病的感染现状如何？

3. 药物滥用人群的高危险行为如何导致了艾滋病等疾病的传播？

（李建华）

第十六章　减少危害的有效措施

本章主要介绍目前针对药物依赖者开展的减少毒品危害的主要有效措施：药物替代维持治疗、针具交换和促进安全套使用。

第一节　药物替代维持治疗

一　美沙酮维持治疗

20世纪60年代，为了控制美国纽约地区日益严重的毒品滥用及随之产生的一系列社会问题和公共卫生问题，两位美国科学家Dole和Nyswander首次提出将美沙酮用于海洛因依赖者的替代治疗，即美沙酮维持治疗。在接受美沙酮维持治疗的试验组病人中，违法犯罪行为和海洛因的使用量都减少了，就业情况得到了改善。该治疗方法获得成功后，便迅速在美国各地及全球推广。我国自2004年开始开展美沙酮维持治疗，截至2008年年底，全国已在23个省（自治区、直辖市）开展了美沙酮维持治疗服务。

（一）美沙酮维持治疗的定义

美沙酮维持治疗属替代治疗，与糖尿病和高血压等慢性疾病的治疗一样，长期或终生用药是其主要特征。美沙酮维持治疗是指在较长时间或长期服用美沙酮来解决阿片类药物依赖问题的一种治疗方法，同时结合心理治疗、康复训练、行为干预等综合措施，使服用美沙酮的人可以正常地工作和生活，以最终达到减少毒品危害和减少毒品需求的目的。美沙酮维持治疗是一种有效控制因共用针具注射毒品而导致艾滋病病毒传播的有效措施。

（二）美沙酮维持治疗的目的

美沙酮维持治疗为阿片类药物依赖者提供了一种方便、合法、医学上安全和有效的药物以替代长期非法使用毒品，从而有助于改善药物依赖者的健康状况，为心理和行为干预等综合治疗提供机会，以帮助恢复和保持药物依赖者的家庭功能和社会功能。

由于美沙酮可以口服，且作用时间长，能有效控制戒断症状，不会产生过度镇静和欣快感，能够使维持治疗患者保持正常的生理和心理功能，从而减少了药物依赖



者注射毒品和共用注射器的机会，预防经血液传播的各种疾病，如艾滋病、乙肝和丙肝等。

美沙酮可降低阿片类药物依赖者对毒品的渴求感，有效减少药物依赖者非法用药的频度和用量，降低因为使用毒品而导致的违法犯罪行为、商业性性活动和反社会行为。

因美沙酮维持治疗患者需每天到门诊服用美沙酮，卫生工作者可以与药物依赖者保持联系，及时向他们/她们提供预防疾病的知识、社会支持及心理辅导，鼓励他们逐渐戒除毒品。

（三）美沙酮的药理作用

美沙酮（methadone）是第二次世界大战时期由德国研制而成的一种人工合成的麻醉性镇痛药，是一种μ受体激动剂，与吗啡有相似的作用，但作用时间更为长久，可以用来治疗海洛因成瘾。美沙酮口服安全、有效、副作用小，2~4小时达到血液高峰，体内作用时间24~36个小时，欣快感比海洛因小，不会过度镇静，能够使患者保持正常的生理和心理功能，能降低对海洛因的渴求感（心瘾），耐药性相对稳定，有交叉耐药性。

我国维持治疗用的美沙酮口服液含量为1mg/ml，包装为5000ml/瓶，棕红色，成分为药品、水、防腐剂和调味剂。

对成年人14年和青少年5年的追踪研究表明，美沙酮没有毒性作用，对在美沙酮维持程序中的患者进行反应时间、驾驶能力、注意力、智力等进行测定，结果与对照组相比较后发现，前面几项没有显著性差异，但患者组的智力状况10年后有了明显的提高，考虑可能是与患者生命质量的提高有关。

（四）美沙酮维持治疗的对象

自愿申请进入美沙酮维持治疗并符合以下条件者：

1. 经过多次戒毒治疗仍不能戒断毒瘾的滥用阿片类物质依赖者（诊断标准参见《中国精神疾病障碍分类和诊断标准-3》中的“药物依赖诊断标准”）。

2. 年龄在20周岁以上。

3. 维持治疗机构所在县（市、区）居民或在本地居住6个月以上且具有当地暂住证的外地户籍公民。

4. 具有完全民事行为能力。

对于已感染艾滋病病毒的滥用阿片类物质成瘾者，可以不要求第2项条件。

（五）美沙酮维持治疗的内容

美沙酮维持治疗是一种系统的综合的治疗方法，不是单纯意义上的替代维持治疗和控制戒断症状。美沙酮维持治疗的主要内容包括以下4方面：

1. 美沙酮替代维持。

根据患者使用毒品的剂量和个体的身体情况，为患者提供首次剂量，常用的方法是：首日量20~40mg，以后每3~4日递增5mg，直至增加到维持治疗的剂量。维持治疗剂量通常在60~100mg/日，因人而异，需遵循个体化给药的原则。对出现美沙酮副作用的患者，进行对症处理。

2. 维持治疗患者的个案管理。

美沙酮维持治疗门诊的医生、护士、社会工作者、同伴辅导员等组成个案管理团队，为每一个维持治疗患者建立个案。个案资料应包括维持治疗患者的医疗病历、治疗方案、心理干预计划、行为干预计划等。个案管理团队定期对维持治疗患者的尿吗啡检测结果、违法犯罪行为、家庭功能、职业功能、社会功能以及身体健康状况等进行评估，定期评估的结果和前后对比的结果是修改和完善治疗方案和干预计划的重要依据。

3. 心理、行为及社会干预。

心理、行为及社会干预是美沙酮维持治疗的核心和不可缺少的部分之一，是药物治疗手段之外的重要组成部分。具体的干预包括：定期咨询与辅导、应对技能训练、动机促进、行为矫正、家庭咨询、职业咨询、小组干预、社会工作、培训指导等。

美沙酮维持治疗心理干预档案（示例）

一般情况

姓名:　　性别:男　年龄: 35　文化程度:小学　职业:个体　婚姻状况:已婚

入组时间:　年　月　日　当前剂量: 85ml　HIV: 阴性　HCV: 阴性

精神检查

一般表现：意识状态：☑清醒☐朦胧☐混浊☐谵妄

服饰：☑平常 ☐整洁 ☐不洁 ☐奇异

注意力：☑集中☐散漫☐增强☐随境转移☐迟钝

情感状态：☐喜悦 ☐欣快 ☐迟钝 ☐淡漠 ☐忧郁 ☐惊恐 ☑焦虑

☐急躁 ☐易怒 ☐病理性激情 ☐悲观 ☐消极 ☐沮丧

精神运动：☐运动抵制 ☐孤僻退缩 ☐呆立不动 ☐缄默不语 ☐木僵

☐运动兴奋 ☐独自徘徊 ☐坐卧不宁 ☐到处奔跑 ☐兴奋

☑激动 ☐毁物伤人 ☐自伤行为 ☐好管闲事 ☐奇异动作

知觉检查：☐错觉 ☐幻觉 ☐感知综合障碍

言语及思维能力：☑正常 ☐妄想 ☐强迫性症状群

智力：☑正常☐异常（请描述）对询问和回答基本正常

定向力及自知力：☑正常☐异常（请描述） 定向和自知力基本正常

精神科检查：无其他阳性所见　异常（请描述）

SCL-90测评：

卡号	躯体化	强迫	人际敏感	抑郁	焦虑	敌对	恐怖	偏执	睡眠饮食	总分	总均分
426	2.25	1.80	1.78	1.46	2.20	2.17	1.42	1.00	1.43	151.00	1.68



SCL-90测评：总分正常，但其躯体化因子，焦虑，敌对因子大于2分，表明存在一定心理问题。

是否建议病人到其他医院进行体检：☐是 ☑否

医生签字：　　　　　　日　期：　　年　月　日

患者信息：（包括家庭问题、当前压力、情绪状态、社会网络关系、身体健康、人际冲突、自尊心、健康需求等）

目前患者有一份相对稳定的工作,经济上没有感到有压力，但经常心烦，有时影响到睡眠，来自于生活中各方面的压力较多,如父亲刚去世、家中事情比较多、5个兄弟姐妹经常说一些冷言冷语、妻子对其也失去信心并时常责备。患者使用海洛因已有18年，曾经戒毒10次，均失败，家人对其已不再信任，目前身体状况自感良好,没有什么不适。来门诊服药已有1个半月，偶尔也想毒品,中间曾有过偷吸1~2次，但找不回以前的感觉。患者希望能长期服药，但不知道是否能坚持下来。

患者心理问题诊断和鉴别诊断：

1．海洛因依赖。

2．焦虑障碍。

治疗中发现问题：

1．病人服药目的不明确，认知仍存在一些误区，信心需要增强。

2．想急于戒掉海洛因和美沙酮，顾虑太多。

处理意见及治疗计划：

1．提高病人对海洛因成瘾危害性的认识，树立循序渐进摆脱毒品的目标，坚持美沙酮维持治疗。

2．以平和的心态认识现状，理解他人的观点，学会改变自己，坚持服从医嘱，不断提高自己的生活质量。

4．同伴教育者参与的问题。

美沙酮维持治疗中同伴教育者的参与，有助于吸纳更多的静脉注射吸毒者加入治疗。因他们与吸毒者具有相同的背景，更容易与吸毒者进行沟通和交流，更易于开展健康教育，了解受治吸毒者的需求，也更有助于帮助受治吸毒者长期留在门诊治疗，增加治疗的依从性。

门诊建立同伴教育小组的程序

1．制定同伴骨干的应聘条件。

（1）能够每天坚持美沙酮维持治疗，无偷吸行为，尿检阴性；

（2）有责任心、自信心和自愿为同伴服务的精神；

（3）在同伴中有一定威信和影响力；

（4）有一定的组织协调及社会公关能力；

（5）有工作时间与精力；

（6）口齿清楚，有较好的语言表达能力，掌握一定的人际交往技巧；

（7）有一定文化程度，经培训后能掌握基本的性病、艾滋病防治、美沙酮维持治疗的信息和拒绝毒品、预防复吸的技能；

（8）安全行为（不注射使用毒品、正确使用安全套等）的模范；

（9）曾经参与过艾滋病防治和/或药物滥用的相关项目者优先考虑。

2. 按以下步骤实行公开招聘。

（1）公布招聘同伴骨干的信息和条件；

（2）应聘者提交应聘申请书；

（3）门诊全体工作人员对应聘者的条件、服药及尿检情况进行讨论，确定同伴骨干的人数和名单；

（4）公布同伴骨干名单和照片。

3. 培训同伴骨干，使之掌握正确的知识和技能。培训的内容包括：

（1）性病、艾滋病防治基本知识：包括性病艾滋病的病因、早期症状、传播途径、危害、预防措施、检测的意义与作用、结果的解释等；

（2）生殖健康、性卫生、计划生育及妇女卫生保健知识；

（3）毒品危害；

（4）法律法规知识；

（5）美沙酮维持治疗知识：包括服药条件、副作用及处理、尿吗啡检测的意义、定期进行丙肝、艾滋病抗体检测的重要性；

（6）个人咨询、开展同伴交流的技巧；

（7）学习使用安全套、示范正确使用安全套的技巧和开展针具交换的方法；

（8）学会帮助初服美沙酮时不适应的受治者渡过难关的方法。

4. 同伴教育小组成员正式上岗。

5. 对同伴教育小组成员给予定期的后续培训和支持。

5. 相关疾病的治疗和转介。

美沙酮维持治疗患者多合并有丙肝、艾滋病、结核、抑郁等其他疾病，维持治疗门诊可根据自身的条件，帮助患者解决其他各种疾病，或将他们转介到相应的治疗机构中。

（六）美沙酮维持治疗的作用/效果

1. 减少非法药物的使用。

有资料显示，维持治疗的第一年，非法药物的使用可减少60%，第二年可减少85%。

2. 减少与毒品相关的违法犯罪行为。

2005年对我国首批8个美沙酮维持治疗试点门诊的工作效果进行评估发现，接受治疗者自我报告过去1个月因吸毒而发生违法犯罪行为的比例从治疗前的20.7%下降到6个月后的3.6%和12个月后的3.8%。

3. 减少了感染艾滋病的高危险行为。

2006年分析上海市社区美沙酮维持治疗试点工作的疗效发现，受治者注射毒品的



比例由治疗前的87.83%下降为29.57%，共用注射器比例由4.35%下降为0，商业性性行为由13.04%降为0。

4．改善药物依赖者的生活质量、家庭功能和社会功能。

2005年对云南省个旧市接受美沙酮维持治疗的95名海洛因依赖者治疗前后的生存质量进行评价，结果发现，参加美沙酮维持治疗后，81.65%的患者的生存质量显著改善。2006年上海市社区美沙酮维持治疗试点工作的疗效调研发现，美沙酮维持治疗者有固定工作的比例由治疗前的22.61%上升为接受治疗后的51.30%。

案例1：在吸毒人群中开展美沙酮维持治疗试验性项目

鉴于云南省吸毒人群中艾滋病病毒的迅速蔓延及国外在此人群中预防艾滋病传播的成功经验，2003年9月至2005年8月，云南省药物依赖防治研究所获得中英性病／艾滋病防治合作项目资助，在个旧市开展了"在吸毒人群中开展美沙酮维持治疗试验性项目"。以探讨在国家美沙酮维持治疗试点的基础上，增加美沙酮维持治疗在药物滥用人群及其家属中的可接受性，进而探索符合中国国情的、有效开展美沙酮维持治疗的技术路线。

项目开展的主要活动：

◇ 开展项目点关键人群（如：普通群众、吸毒者和吸毒者家属等）对项目的可接受性调查，了解他们对美沙酮维持治疗的需求，并据此设计具体的项目活动；

◇ 为个旧市美沙酮维持治疗门诊点提供技术支持。对美沙酮维持治疗门诊点的工作人员进行培训和现场带教，协助解决项目运作过程中的技术问题；

◇ 培训个旧市的社区工作人员和片警，让他们了解美沙酮维持治疗的目的和意义，取得他们及普通群众对美沙酮维持治疗的支持，营造有利于美沙酮维持治疗开展的社区支持性环境；

◇采用参与式的培训方法，如角色扮演、小组讨论、案例分析和游戏等，每月为美沙酮维持治疗者及其家属开展心理干预活动；

◇开发针对吸毒者及其家属的宣传材料，拓展项目的影响面和干预面；

◇项目终期对项目进行评估，了解美沙酮维持治疗者的危险行为、违法犯罪情况、家庭功能、社会功能等的变化情况。同时，评估项目点关键人群对项目的态度和看法的变化情况，了解项目的可接受性。

项目的主要产出：

经过两年的实施，项目组直接干预和培训了吸毒者641人次、培训同伴教育者111人次，培训项目工作人员287人次，发宣传资料1000人次。

项目终期评估结果显示：

◇项目明显减轻了维持治疗者的抑郁和焦虑程度；

◇美沙酮维持治疗项目对降低吸毒人群的违法犯罪率是有效的；

◇维持者的家庭功能比参加项目前和对照组有显著改善；

◇维持者的总体健康状况、社会功能和心理健康水平比项目前和对照组有显著改善；

◇维持治疗者的社会支持总分显著高于治疗前和对照组；

◇项目提高了维持者使用安全套的比例；

◇美沙酮维持治疗减少了维持者使用毒品的人数和使用毒品的频率；

◇维持治疗者就业的比例与项目前无太大差异，但尝试找工作和为找工作而参加培训的比例比项目前和对照组高；

◇家属对美沙酮维持治疗的接受程度较项目前有所增加；

◇项目增加了门诊点医务人员、社区干部及片警有关美沙酮维持治疗方面的知识；

◇在国内首次组织美沙酮维持治疗者参与完成了《美沙酮维持治疗项目门诊联系卡》、《美沙酮维持治疗项目——给维持治疗病人家属》和《美沙酮维持治疗简介》的宣传小册子及招贴画。

二　其他药物维持治疗

（一）丁丙诺啡维持治疗

丁丙诺啡（buprenorphine）是20世纪60年代人工合成的强效镇痛剂，它是μ阿片受体的半激动剂，其镇痛作用是吗啡的25~50倍，非肠道和舌下给药有效，口服生物利用度差。

20世纪80年代后，美国等地开始将丁丙诺啡用于海洛因成瘾的脱毒治疗，并取得满意的疗效。90年代初期，部分国家开始开展丁丙诺啡维持治疗，其目的、对象、作用和内容与美沙酮维持治疗类似。目前印度、法国、英国等国家为阿片类药物依赖者提供丁丙诺啡维持治疗服务，我国尚未开展。

丁丙诺啡与美沙酮一样，可以较好地抑制阿片类依赖者戒断症状的出现。2~4毫克的丁丙诺啡可相当于20~30毫克美沙酮的替代剂量。药理学和临床研究表明，丁丙诺啡对阿片受体具有部分激动和部分拮抗作用，镇痛作用强，可缓解阿片类戒断症状，而其成瘾性低于强激动剂（如吗啡）和某些部分激动剂（如镇痛剂），且副作用小。丁丙诺啡与美沙酮的不同之处在于，前者的剂量增加超出一定范围后，其激动作用不再增加。从药物的安全性和被滥用的可能性来说，丁丙诺啡可能比美沙酮更具优越性。

（二）赛宝松维持治疗

目前，在美国等一些国家，一些阿片类镇痛药，如对乙酰氨基酚加氢可酮与羟考酮的成瘾者人数已经超过海洛因及可卡因的滥用者人数。阿片类依赖者往往接受合成阿片受体激动剂美沙酮或能可逆性阻断阿片效应的阿片受体拮抗剂纳曲酮治疗，但治疗效果不是十分理想。

赛宝松（suboxone）是丁丙诺啡与纳洛酮的复方舌下含片，2000年起由美国开始用于海洛因依赖者的替代治疗。赛宝松含有丁丙诺啡和纳洛酮，前者是一种阿片受体部分激动剂，后者是在注射后才能引起撤药综合征的阿片受体拮抗剂。如在舌下服用纳洛酮，其在胃肠道内的吸入量可以忽略不计，则患者只有丁丙诺啡的效应，并具有预防复吸的潜在效果。与本身能引起成瘾问题的美沙酮不同，这种联合制剂在治疗早期后就不需要进行监督了。

赛宝松临床用药安全、易于管理、不易被滥用，且具有预防药物依赖者复吸的潜

在效果。2007年开始我国在广西壮族自治区和新疆维吾尔自治区进行了赛宝松社区维持治疗试点。

第二节　清洁针具交换

一　清洁针具交换的定义

清洁针具交换是针对注射毒品人群的一种重要的行为干预手段。清洁针具交换是指为注射毒品者提供清洁/消过毒的注射器，并回收使用过的注射器，以减少注射毒品者因共用注射器而感染血液传播疾病的危险，并避免使用过的注射器对健康人群造成威胁。

二　清洁针具交换的目的

通过清洁针具交换项目，可以接触到注射毒品者，与他们/她们保持联系，对他们/她们进行安全注射教育，教会他们/她们怎样消毒注射器和提供消毒药水。在这一过程中，我们还可以为他们/她们提供预防疾病的知识、社会支持、心理辅导和医疗服务，促进他们/她们发生行为改变，减少他们/她们的高危险行为，降低注射毒品者共用注射器的机会，预防经血液传播的各种疾病，如乙肝、丙肝和艾滋病等。

三　清洁针具交换项目的类型

1. 固定针具交换点。

单独设立或与其他卫生保健机构（如药店、诊所、医院等）设在一起，固定点需选择在注射毒品者较集中或他们经常购买毒品的地方。

2. 针具交换流动车。

利用流动车，沿特定的线路行驶停靠，为注射毒品者提供清洁针具交换服务。

3. 外展针具交换。

通过外展服务深入不同社区，为注射毒品者提供清洁针具并回收处理使用过的针具。

案例2：恰当地点的社区人员执行清洁针具交换

在云南省某市，工作人员发现某区是吸毒者聚集地，该区有家小饭店，常有吸毒者在此休息或吃饭，饭店周边有大量的吸毒人员。饭店老板是一位大妈，儿子曾经是吸毒者，因此，她深知毒品的危害，也熟悉吸毒人员的生活习惯等。

在了解了以上情况后，工作人员说服了大妈参与到艾滋病防治工作中来，在店内建立了针具交换点，由大妈向吸毒人群提供24小时的针具交换服务和健康教育工作。在大妈的积极参与下，这个针具交换点的工作进展顺利，大大提高了清洁针具的可及性和可获得性。在实际工作中，我们还发现，有一部分吸毒者会在深夜来交换针具，而此时许多政府机构是不可能满足吸毒者的这种需求的。

四 清洁针具交换的步骤

开展清洁针具交换的步骤包括：

1. 绘制药物滥用者聚集地的分布图和针具销售网的分布图；
2. 开展需求评估；
3. 制订针具交换实施方案，选择适宜的针具交换类型；
4. 营造社区支持性环境；
5. 建立针具交换点；
6. 动员社区中的药物滥用者以志愿者或同伴教育骨干的身份参与针具交换项目；
7. 针具交换工作人员的能力建设；
8. 开展针具交换活动；
9. 与艾滋病自愿咨询检测和其他转介服务措施相结合；
10. 督导和评估。

五 清洁针具交换的效果

1．增加注射毒品者有关艾滋病方面的知识。

2004年广东省针具交换项目的效果评估发现，干预组艾滋病知识知晓率由干预前的29.4%上升到干预后的58.7%。2005年云南省文山县针具交换项目的评估结果显示，针具交换项目实施两年后，吸毒人群艾滋病知识正确知晓率提高到83.48%。

2．减少了共用针具的行为。

2005年云南省个旧市针具交换项目评估发现，最近一次与别人共用注射器的比例两年内下降了8.15%；最近1个月与别人共用注射器的比例在两年内下降了10.0%。2006年湖南省洪江区针具交换项目的效果评价发现，注射吸毒人员最近一次共用针具率从31.86%下降到12.87%。

案例3：云南R市针具交换项目

项目目的：探索在农村社区针对注射吸毒者开展针具交换的方法

开展的主要活动：

◇制订针具交换项目实施计划：通过对注射吸毒者和村民的访谈，以及召开注射吸毒者需求评估座谈会，了解到注射吸毒者对针具交换的需求，最终确定了在村寨中实施针具交换活动的地点以及负责开展针具交换工作的具体负责人。

◇召开项目启动会：在项目办工作人员的精心准备下，与村长和村寨中的其他关键人物召开了针具交换项目启动会。

◇培训针具交换点具体负责人：项目组就针具交换的目的、方法和如何安全注射等内容对针具交换点的负责人进行培训，同时，还定期对针具交换点负责人提供跟进性的培训。

◇与针具交换点负责人签订协议：根据项目要求，与针具交换点负责人协商后，制定了针具交换项目实施细则，并以协议的形式明确了针具交换负责人的工作职责和权利。

◇开展针具交换活动：由注射吸毒者每天自愿到固定地点领取新的针具，交回旧的针具。

摘自《艾滋病防治工具书：IDU人群干预》



第三节 安全套促进使用

性传播是艾滋病传播的一个重要途径，药物依赖人群由于受到多种因素的影响，他们对性的态度和观念较开放和宽容，不论是男性药物依赖者还是女性药物依赖者，他/她们当中多性伴的现象是较常见的。另外，女性药物依赖者由于缺乏毒资，她们中有相当一部分人会去从事商业性性活动，普遍存在“以性换毒或者以性换钱”的情况。调查发现，无论男女，大多数药物依赖者在性活动中很少使用安全套或者不使用安全套，这些都是在药物依赖人群中通过性传播艾滋病病毒的危险因素。因此，在药物依赖人群中开展安全套的促进使用也是预防艾滋病的一项重要措施。

一 安全套促进使用项目的目的

1. 控制艾滋病以性传播途径的方式迅速扩散。

2. 提高性工作者与其顾客之间发生性行为时使用安全套的比例，降低性工作者性病艾滋病的感染率。

3. 预防艾滋病通过桥梁人群(嫖客)经性途径向一般人群传播和扩散。

4. 有助于控制乙肝、丙肝等严重疾病的传播。

5. 有助于计划生育和促进生殖健康。

二 实施安全套促进使用项目的步骤

1. 项目主要实施者了解并正确理解什么是安全套促进使用项目。

2. 收集开展安全套促进使用项目的相关资料，包括两类资料：一类是当地娱乐场所分布、安全套供应、性病诊疗服务等资料，可为项目督导和评估提供背景信息；另一类是国内外、本省县艾滋病流行情况与危险因素以及预防控制艾滋病最佳实践、国家有关推广使用安全套预防艾滋病的项目进展情况和政策等，为开展政策倡导工作提供参考依据。

3. 开展政策倡导，获取政府、公安等部门的支持。

4. 制订安全套促进使用的实施方案，确定各相关部门职责。

5. 召开娱乐服务场所业主/经理/领班会，告知项目的实施与要求，寻求场所业主/经理/领班的合作。

6. 项目工作人员能力建设，通过培训、参观等方式，提高他们开展安全套促进使用的知识和技能。

7. 通过同伴教育活动，开展安全套促进使用。

8. 督导和评估。定期或不定期对安全套促进使用项目进行督导和评估，及时发现问题并予以解决，总结取得的经验。

三 安全套的可及性

在药物依赖人群中开展安全套促进使用项目，安全套的可及性和可获得性是非常

关键的。由于安全套的使用涉及许多社会文化因素，因此，安全套促进使用项目需与其他干预活动整合，才能取得较好的效果。针对药物依赖人群增加安全套可及性的做法有：

1. 在针对药物依赖人群的干预及培训中，进行安全套促进的宣传教育活动并发放免费的安全套。

2. 在美沙酮维持治疗门诊、针具交换点、药物依赖者活动中心等地进行安全套促进的宣传教育活动并发放免费的安全套。

3. 提高同伴教育者到高危场所发放或低价销售优质的安全套。

4. 在高危场所周围摆放安全套自动售货机，增加安全套的可及性。

5. 到强制隔离戒毒所、自愿戒毒所和社区开展安全套促进的宣传教育活动并发放免费的安全套。

案例4：广东省台山市安全套推广项目

广东省台山市位于广东西南沿海，自1993年8月发现首例艾滋病病毒感染者以来，至2006年3月底，累计监测发现和报告感染人数已达966人，覆盖全市各镇。2004年示范区基线调查，在卖淫妇女中也检出艾滋病病毒感染者，感染率为0.79%。尽管感染率不是很高，但数据表明台山市艾滋病流行趋势出现由高危人群向普通人群传播的潜在危险。

开展的主要活动：

◇ 成立推广使用安全套领导小组和技术小组。由一名副市长任组长，宣传、卫生、电视局等9个成员单位相关负责人组成领导小组；技术小组由市疾控中心、食药局、公安、妇联、计生等7个单位相关负责人组成。

◇ 制定《台山市推广使用安全套防治艾滋病实施方案》。根据当地实际和相关政策，《推广使用安全套防治艾滋病实施方案》规定，安全套推广发放工作在本市示范区工作领导小组的统一领导下，由市人口计生局牵头，成立由卫生、公安、文化、工商、药监、旅游部门组成的工作组，负责全市开展推广使用安全套的组织、实施、管理和检查指导工作。

◇ 开展宣传教育活动。印制“健康教育处方”、“预防艾滋，我有一套”、“预防艾滋病——公共场所必备”、“美好生活，靓丽人生”等宣传资料，通过各种大型宣传活动、义诊咨询等途径进行发放。使安全性行为的理念在广大群众中得到宣扬。此外，多部门还联合进行了多次其他宣传活动，进行了一系列的培训。

◇ 利用自愿咨询检测室、美沙酮维持治疗门诊、综合门诊等平台，以及对艾滋病病毒感染者和家属的随访过程，对外免费发放安全套和宣传资料。

◇ 抓好重点场所的推广使用工作。在酒店、桑拿、按摩等公共场所配备了一批印有预防艾滋病知识和咨询电话的安全套放置架，免费发放安全套。并安装了46台自动售套机，提供安全套的可及性。

◇ 利用规范化性病门诊和外展工作小组推广使用安全套。在日常工作中，性病门诊的医生在诊疗性病病人的时候，发放健康教育处方，并指导病人正确使用安全套。同时，抽调相关部门单位共10人成立外展工作小组，并招募了2名同伴宣传员配合外展工作组，



深入娱乐场所开展宣传教育、发放安全套等外展活动。

◇ 利用计生渠道发放安全套。通过计生系统网络提供可靠、安全的用品，提高宣传品和安全套的可获得性和便利性，减少不安全用品的使用。

◇ 加强服务从业人员的健康管理及公共场所的监督。市卫生监督所严格执行《传染病防治法》和《公共场所卫生管理条例》，加强对发廊、美容院、桑拿按摩服务行业从业人员的健康检查以及对公共场所中可能刺破皮肤的公用锐器消毒的监督监测，及时发现薄弱环节，督促改进，确保提供服务的安全性。

◇ 加强对公共场所的监督检查。市卫生监督所把安全套推广工作列入经常性卫生监督内容，并定期召开业主的培训班，使经营场所业主能自觉配合相关的推广活动。加强对营销渠道的监督管理。食品药品监督管理局负责安全套生产、市场销售的质量监管，对在营销过程中使用劣质、不合格安全套的，给予严厉处罚。

效果：

2005年7月份，该市对示范区综合干预工作进行评价，结果表明：

调查吸毒人群120人，最近一次性生活使用安全套率达61.9%，与2004年7月的33.6%相比，增长84.23%；

调查暗娼人群150人，近3个月跟客人发生性关系每次戴套率为66.7%，与2004年7月的35.5%相比，增长 87.89%；

调查性病人群130人，最近一次性生活带套率为31.3%，与2004年7月的23.7%相比，增长32.07%。

参考文献：

1. 李建华主编. 艾滋病防治工具书：IDU人群干预.北京：人民卫生出版社 2005年版

3. Jean Vignau, Alain Duhamel, Jacques Catteau. Practice-based buprenorphine maintenance treatment (BMT): how do French healthcare providers manage the opiate-addicted patients. Joural of Substance Abuse Treatment 2001,21(3): 135~141

4. 卫生部办公厅文件：文件号〔2007〕39号 卫生部办公厅关于印发赛宝松社区药物维持治疗试点方案的通知

5. 郑军、陈曦、蒲洪波等. 洪江区吸毒人群中针具交换项目实施效果评价. 中国热带医学，2006，（10）：1806~1807

6. 张礼崇、普毅、吴玲等. 个旧市城市社区吸毒人群综合干预效果分析. 卫生软科学，2006，（3）：197~199

7. 张大成、廖翠兰.文山城区吸毒人群艾滋病综合干预效果评价. 卫生软科学，2006，（3）：209~211

8. 林鹏、范子凡. 广东省社区吸毒者针具交换项目试点效果评价.中华预防医学杂志，2004，38(5):

9. 庞琳、米国栋、王常合等. 我国首批美沙酮维持治疗试点工作效果分析. 中华实验和临床病毒学杂志，2007，21(1)

10. 罗健、张存敏、杨国纲等. 社区海洛因依赖者美沙酮维持治疗的效果评估. 中国药物依赖性杂志，2006，15(6)：460~463

11. 薛丽燕、许昌麟、潘启超. 115例海洛因成瘾者社区美沙酮维持治疗一年疗效评估. 中国药物滥用防治杂志，2006，12(5):255~257

12. 李培凯、罗健、张存敏等. 美沙酮维持治疗及心理干预对海洛因依赖者家庭功能的影响. 中国心理卫生杂志， 2007，(3):155~157

思考题：

1. 简述行为改变交流的理论。
2. 美沙酮维持治疗的内容包括哪些？
3. 如何开展针具交换项目？
4. 开展安全套促进使用项目的步骤有哪些？

（罗　健）



第十七章　减少和消除艾滋病社会歧视与耻辱

本章重点是从艾滋病社会歧视与耻辱产生的原因及表现分析，提出了减少和消除艾滋病的社会歧视，尊重与维护艾滋病人的合法权益。

第一节　与艾滋病相关的社会歧视与耻辱

一　艾滋病社会歧视与耻辱的定义

从学理上来说，社会歧视是社会学和社会心理学的核心话题之一，从现实上来讲，社会歧视也是艾滋病防治领域的一个热点话题和耳熟能详的日常用语。艾滋病是联合国确定的三大国际公害之一，在任何社会，艾滋病的流行都会经历三个阶段，HIV感染流行、艾滋病流行和HIV/AIDS相关歧视的流行。HIV/AIDS相关歧视的流行，导致了难以采取有效措施控制前两种流行，歧视和偏见使艾滋病人群更加退缩到公众的视线范围之外，使得对他们的干预措施也难以有效地开展，从而造成更大范围内的公共卫生问题。联合国艾滋病规划署指出：减少和消除艾滋病歧视是“全球HIV/AIDS防治工作面临的最大挑战”。2012年世界艾滋病日提出“行动起来，向‘零’艾滋病迈进”的号召，艾滋病“零歧视”再次被提到全球艾滋病防治的关注重点。

（一）社会歧视与耻辱的定义与内涵

由于歧视与耻辱有密切的关联，研究“歧视”（discrimination）不能不提到“耻辱/偏见（stigma）”这一概念。1963年，戈夫曼根据对精神病患者、有生理畸形和被认为有偏离社会行为的人（如同性恋和罪犯）的研究，认为“歧视是指社会对被羞辱对象采取贬低、疏远、敌视的态度和行为，耻辱是指由于个体具有某种社会不期望或不名誉的特征，因而降低了个体在社会中的地位”。著名社会学家安东尼·吉登斯认为，“偏见指的是一个群体的成员对另一个群体的观念和态度，歧视指的是针对其他群体或个体的实际行为”。戴维·波谱诺认为，“偏见是建立在信念上的一种态度，歧视是一种行动或行为。更准确地说，歧视是由于某些人是某一群体或类属之成员而对他们施以不公平或不平等的待遇”。社会心理学将歧视与耻辱二者做了明确区分，认为歧视是一种行为，而耻辱/偏见是一种态度。态度是指个体对某一特定事物、观念或他人固定的由认知、情感和行为倾向组成的心理倾向。社会歧视作为一种社会行为是社

会偏见这种社会态度的反映，后者是前者的心理根源。

从社会学和社会心理学的视角来看，社会歧视（social discrimination）是指针对某一特殊社会群体的不公平、不合理的、排斥性的态度、社会行为或制度安排。社会歧视的核心内涵是不公平和不平等的差别待遇。它可以表现为一种态度、一种行为，也可以表现为一种政策或制度。态度、行为、政策制度是社会歧视的三个纬度。因此，社会歧视可以分为三种类型：态度性歧视、行为性歧视和政策制度性歧视。社会耻辱/偏见是一种缺乏客观依据、固定的、先入为主的观念。在社会心理学中，社会耻辱/偏见多指否定性、排斥性的态度。社会耻辱/偏见可分为“感受到的耻辱／偏见”（felt/perceived stigma）和“实际的耻辱／偏见”（enacted stigma）。前者是被耻辱者由于自己的负面属性而产生的羞耻感以及对实际耻辱的恐惧，后者则是被耻辱者遭受到的歧视。Scamble认为，感受到的耻辱，尤其是对实际耻辱的恐惧，比实际的耻辱更易引起个体的痛苦，而且对其一生都会产生长远、深刻的影响。

（二）“与HIV/AIDS相关的歧视”定义与测量框架

2000年联合国艾滋病规划署（UNAIDS）在《识别HIV/AIDS相关歧视草案》（以下简称“草案”）中，将“HIV/AIDS”相关歧视定义为：“根据人们确定或可疑的艾滋病病毒血清学或健康状况，在同样的情况下给予不公平的区别对待。”《草案》认为，HIV/AIDS相关歧视是“无端歧视”（arbitrary discrimination）。联合国艾滋病规划署在《草案》中还提出了可能存在HIV/AIDS相关歧视的十个关键领域：医疗卫生、就业、司法程序、行政管理、社会福利、住房、教育、生育和家庭生活、保险和其他金融服务、其他公共设施或服务的可及性（如葬礼服务）。

2003年世界卫生组织（WHO）制定了一个测量HIV/AIDS相关歧视与耻辱框架（共10个方面），分别从法律和社区层面的歧视，对“感染者/病人以及受HIV影响的”和“被社会规范认可的”（未受HIV影响）两类人群进行测量，对感染者/病人以及受HIV影响的人群，《测量框架》侧重从对耻辱的看法、经历过的耻辱、自我感觉的耻辱、耻辱和歧视对其个体和公共健康的影响以及人权保障方面；对被社会规范认可的（未受HIV影响）人群，则侧重从知识和信息的了解程度、歧视的态度、歧视的行为等方面测量与HIV/AIDS相关歧视与耻辱。



测量HIV / AIDS相关歧视与耻辱框架（WHO，2003）

被社会规范认可的未受HIV影响的人	HIV / AIDS感染者 / 病人以及受HIV影响的人

A. 法律上的歧视
回顾现在的法律、条例、政策

B. 社区层面的歧视

C. 耻辱
了解感染者和非感染者对HIV / AIDS的看法

D. 经历过的耻辱
回顾被歧视的经历

E. 自我感觉的耻辱
了解感染者或受HIV影响的人采取或未采取的行动以保护自己免受歧视

F. 个体和公共健康评估歧视与耻辱对个体和公共健康的影响

G. 人权
了解侵犯感染者的基本人权、自由的行为和非行为，以促进和倡导人权法则

H. 知识和信息
调查医护人员对HIV传播途径的了解以及对被耻辱者行为的态度

I. 歧视的态度
了解医护人员对HIV / AIDS感染者及受HIV影响的人的态度

J. 歧视的行为
了解医护人员对HIV / AIDS感染者及受HIV影响的人的行为。包括自述行为、观察到的行为以及HIV感染者感受的行为，并注意分析之间的差异

二　艾滋病社会歧视与耻辱产生的原因

（一）缺乏正确的HIV／AIDS相关知识和信息

一方面，由于HIV／AIDS本身的生物学特征。HIV病毒具有传染性和致死性，艾滋病是人类尚未完全攻克的医学难题，人类至今未找到预防和根治艾滋病的有效途径与措施。因此，当人们缺乏HIV／AIDS相关的正确知识和信息、面临无法应对的致死性传染病威胁时，出于恐惧和对自身安全的考虑往往会采取逃避、远离和排斥艾滋病病毒感染者和病人，歧视则是人们面对威胁而无法逃避或解脱时做出的反应。尤其是处于社会底层的老百姓和弱势群体，对艾滋病的恐惧心理和对感染者的排斥更多是来自他们对自身易受伤害性的生活经验、判断或潜意识。从一定意义上说，这种恐惧和排斥是一种“排他性的自我保护”，也是将艾滋病病毒感染者和病人“边缘化”的重要原因之一。

另一方面，权威机构和主流媒体“恐吓性”艾滋病宣传造成的负面影响。当“艾滋病话语”在中国出现时，参与这个话语建构的人、机构和媒体，对艾滋病是什么疾病、在什么情况下人们会感染、感染HIV病毒后会导致什么后果采用了“恐吓性”的宣传策略，“艾滋病是超级癌症”、“艾滋病是新瘟神”、“艾滋病无法治愈”、“吸毒者、同性恋和卖淫嫖娼才会感染”等宣传有意无意地加重了大众和相关防治机构工作人员对艾滋病的恐惧感，这对受到艾滋病威胁的人群和感染者的负面影响远远大于HIV病毒和艾滋病本身。尤其是在大众普遍缺乏与艾滋病相关的正确知识和信息时，对于艾滋病的认识往往更多地依赖于主流媒体和权威机构对艾滋病生物事实的社会和文化解释，而这些“恐吓性”的艾滋病宣传不仅加剧了大众的恐惧，也成为艾滋病社会歧视与社会耻辱产生的重要原因之一。

（二）历史积淀和传统文化的影响

中国近代史上发生的鸦片战争对中国人的影响非常深远。在英帝国主义洋枪洋炮的轰鸣下，鸦片的输入，给中国人民带来了无穷的灾难，至20世纪中期，中国的鸦片成瘾者已达2000万人，几乎占当时总人口的4.4%。鸦片不仅给中国人民的身体造成了伤害，也给中国人民的心理带来了难以抚平的创伤，“东亚病夫”的阴影长期笼罩在中国人头顶上。老百姓对毒品恨之入骨，并把这种仇恨转移到吸毒者身上，普遍认为吸毒是道德沦丧的结果，吸毒者是社会垃圾，对吸毒者的宽容就是对社会其他群体的犯罪。这些历史积淀导致的社会影响与思维定式，不仅是社会歧视/耻辱产生的重要原因之一，也在很大程度上直接或间接地影响了一些国际公认的有效戒毒方法和减低危害措施（如清洁针具交换等）在中国的推广和运用。

在中国传统文化中“性”是“沉默的文化”、“见不得人”的，传统的性观念与性规范中“采阴补阳”、“女为男用”、“狎玩女人”和“男尊女卑”等观念根深蒂固，对婚前性行为、少女失去贞操、卖淫和同性恋等普遍持否定和贬斥态度，认为这些“性”是不正常的、不道德和可耻的。至今，在大众的价值判断中，患性传播疾病的人、同性恋仍是与不道德、可耻等相关联而遭到社会排斥和歧视的。新中国成立后，“坚决打击卖淫嫖娼、吸毒等社会丑恶现象”纳入了法律法规处置的范畴，但在



商业性交易中“女为男用”、“男尊女卑”的“性权利”格局与“性规范”仍未改变，法律法规在执行中仍不同程度地受传统文化影响，买性的男人普遍以罚款了事，对卖性女人的惩罚，则是收容教养或重金罚款，暗娼“被羞辱”往往更甚于嫖客；男男性行为者（MSM）一旦被感染HIV，人们对其性取向和性行为的排斥与羞辱也更甚。因此，在传统文化影响下经性途径感染HIV病毒的患者，尤其是女性和性少数（包括MSM）群体，其“感受到”或“实际经历过”的社会歧视与耻辱往往更严重。

（三）道德评判取代了理性思维

社会道德是社会秩序的一个重要组成部分，是与社会其他各种制度、各种社会现象以及人类生物生理现象相互联系和相互作用的。在历史过程中，道德规范在不同的文化地域被社会文化主体不断地生产和再生产。新疾病的发现，尤其是新传染病的发现，往往会给原有的道德规范带来新的冲击和挑战。社会总是要对新发现的疾病赋予道德的意义。而这些“意义”必然会影响人们对待该疾病，以及疾病患者的行为态度。

与艾滋病有着密切关系的性交、吸毒等感官愉悦行为，被传统观念认为是不道德的行为。当社会文化主体和权威机构对HIV感染者的行为进行道德评判并赋予负面意义后，老百姓对艾滋病的恐惧所导致的社会排斥就变成理直气壮并理所当然。一提到艾滋病病毒感染者／病人，首先进入人们脑海里的便是腐朽的生活方式、性乱、同性恋或吸毒这些被视为不道德的行为。大多数人（包括医务人员）潜意识里对感染者的认识也都是先入为主的、基于道德评判而非科学依据的，认为这些人行为不检点、道德沦丧、违法乱纪而罪有应得，不值得同情和帮助。

这种社会歧视和偏见，将HIV感染者、吸毒者、MSM等群体的行为“道德化”、“标签化”，固化了大众对他/她们的刻板印象，使感染艾滋病病毒的人，不仅要受到病痛的折磨，还要背负社会歧视与社会耻辱。这样的双重歧视使他/她们抬不起头，加剧了“边缘化”过程，也导致公共卫生机构的人员很难接触到这个最需要艾滋病防治服务与关爱的人群。

（四）对职业暴露的风险认知和实际风险的错位

在一些与艾滋病病毒感染者/病人接触较多的职能部门（如医疗卫生保健部门、公安部门、社会治安管理部门和戒毒机构等），艾滋病社会歧视和耻辱的产生除了上述原因外，还与这些职能部门工作人员对职业暴露风险的认知与实际风险的错位有关。

如卫生保健领域的医务人员，在实际工作中他们与感染者/病人接触最多，绝大多数工作人员是了解艾滋病防治相关知识的，医疗卫生保健机构接诊的传染病不仅艾滋病一种，医务人员都普遍具有一定的职业素质，因此，职业暴露的风险相对较低。据中国疾病控制中心性病／艾滋病预防控制中心统计，在2012年发生的1043例HIV职业暴露中，医疗机构直接为病人手术或提供其他医疗操作的有700多例，通过规范处置后没有发生一例感染。尽管医务人员HIV职业暴露的实际风险很小，但在面临职业暴露的应对措施不到位、保障性政策和制度不够，职业暴露后个人将承受很大的心理压力和服抗病毒药物的毒副作用，其家庭也会承受更多的负面影响，因此，绝大多数医务人员产生了HIV职业暴露风险认知和实际风险的错位。有的医务人员在工作中接触感染者

和病人时，对感染者/病人心存担忧和恐惧，有的认为不值得花费精力和时间去治疗不能“根治”的艾滋病，有的甚至担心自己经常接触感染者/病人会被周围的人疏远或歧视。于是，在工作中医护人员会自觉或不自觉地对感染者/病人采取推诿、冷漠或歧视态度，有的地方甚至产生了机构化的艾滋病歧视和排斥。

三　卫生保健领域艾滋病社会歧视与耻辱的表现

卫生保健领域和艾滋病病毒感染者/病人的关系最为密切，但目前全球卫生保健领域的艾滋病社会歧视与耻辱问题仍比较突出，在UNAIDS《识别HIV/AIDS相关歧视草案》（以下简称《草案》）中，将卫生保健领域列为10个可能存在HIV/AIDS相关歧视与耻辱的关键领域之首。

（一）全球卫生保健领域存在的艾滋病歧视与耻辱情况

在调查和总结了多个国家的HIV/AIDS相关歧视状况后，UNAIDS在《草案》中指出，全球卫生保健领域主要存在以下7种歧视情况：

（1）拒绝提供治疗；（2）采取不同的治疗；（3）在不知情的情况下检测HIV；（4）拒绝将艾滋病病毒检测结果通知本人；（5）就医限制、检疫、强制性扣留或隔离；（6）向性伴或亲属强制性通知HIV/AIDS状况；（7）泄密。

（二）中国卫生保健领域艾滋病歧视与耻辱的若干表现

UNAIDS在《草案》中指出的“卫生保健领域主要存在的艾滋病歧视与耻辱”的7种情况，在我国的卫生保健领域也不同程度的存在。下面通过一些现场调研的案例来呈现我国卫生保健领域艾滋病歧视的若干表现。

1．推诿和拒绝对艾滋病病毒感染者/病人进行治疗。

艾滋病歧视在我国卫生保健领域最突出的表现就是医务人员不愿意接诊艾滋病病毒感染者/病人。很多感染者/病人都曾有过曲折的、被推诿和拒绝诊治的求医经历。一些综合医院的医生往往以不是专科医院为由拒绝为病人诊治；以病人身体状况太差，某项指标不达标、不适合做手术、术后容易感染、

> **案例1：**LQH，女，40多岁，2006年患子宫肌瘤住院准备做手术时查出感染了HIV。检验结果一出医生就对她说，“你的血色素达不到、血小板减少……最好保守治疗或转到专门接诊感染者的医院治疗”。她只能无奈地出院，但出院第二天就大出血，于是她又去了当地另一所公立医院。挂了专家号被收进住院，手术前主任知道她的情况后对她说，你最好去妇幼保健站吧，那里有专门治这个艾滋病的，你在我们这里做，万一术后感染我们负不起责任。LQH说，“我不去了，左去一家，右去一家，你们都是这样。你这里是最好的医院，如果你不跟（帮）我做，我就不做了，就回家等死。求你帮我做一做，感染发生我不怪你，我死在手术台上也不怪你，我一处都不去了”。但LQH的信任与决心并没有感动医生，她在这家医院住了30多天，用掉4000块钱也没有做成子宫肌瘤手术，只能出院。她深有体会地说：“这个病太毒了！有些病，比如白血病、癌症，还会有人捐款捐物，医生会千方百计地抢救你，你得这个病，连医生都害怕你、歧视你，你有其他病也不愿意给你治疗，我们只有等死！”

医院没有条件为由，拒绝为感染者/病人做哪怕是一台很普通的手术。医生往往会"很'专业的'、冷静的、客气的，同时又带有一些理解、同情、怜悯的态度，将HIV病毒感染者和艾滋病病人巧妙地、委婉地、坚决地拒之于门外"。医务人员作为专业技术人员，其态度对感染者/病人具有权威性影响，拒绝接诊艾滋病病毒感染者/病人，不仅违背职业道德并侵犯了患者的人权，也增大了感染者/病人的精神压力，导致患者与艾滋病相关的症状加重、恶化，甚至失去生命！

> **案例2：**YX，女，30多岁。2006年因发高烧住院，查出感染HIV后她感觉到，住院部的那些医生一下就变了，本来多好的、多热情的医生，对自己很客气、又热心，问长问短的，现在自己被查出来后第二天，医生、护士理都不理她了！当她想知道自己的病是怎么回事就去问医生、护士，但他们都不想跟她说话。YX说，这个病太可怕了，像瘟疫一样！医生都怕被这种病传染。YX的体温刚一降下来医生就让她出院。出院时，她想跟医护人员打个招呼，但人家理都不理，装作没听见就走了。她说，"那位主管的医生，我远远地叫她一声，她装作没听见，咚咚地就走了，害怕到这个程度，太夸张了！我心里很难过，心想我们这样的人，连医生护士都看不起、不想理，没指望了！"YX说，从此后她再也不愿意到医院去看病了，发烧或有病时就自己买药吃或到私人诊所去看病。

2．医疗服务中的冷漠和歧视性态度。

在日常的医疗服务中，一旦患者被确诊为艾滋病病毒感染者后，一些医护人员对艾滋病的偏见与恐惧会导致他们对艾滋病病毒感染者采取冷漠和歧视性态度，这不仅大大降低了医疗服务质量，也对艾滋病病毒感染者/病人及其家属的生理、心理造成很大影响，降低治疗的依从性，改变其求医行为，导致更严重的健康问题。

> **案例3：**XD，男，30多岁，男男同性恋者。2000年他陪自己的"朋友"去医院看病时，朋友被查出感染了HIV病毒。他说，当时医生的脸色很难看，一再推诿不愿接受他住院治疗，后来，这个朋友就一直在私人诊所治疗，直到发病去世。XD说，"朋友去世后，我自己也觉得很焦躁和不安，查看了很多的书籍资料，觉得这病很可怕，自己也有感染的风险，但我一直不愿意去检测和面对。直到自己患了尖锐湿疣在私人诊所反复治疗不见效后，才鼓起勇气到医院去看病。没有想到，医生一听说我的情况，连检查也不愿意做，很冷漠地对我说，我们这里没有做这种病人的手术条件，你最好到专科医院去看。我再接着问，哪里有这方面的专科医院时，他很厌恶地斜视我一眼，你应该去问你们这种人！"访谈中XD说，"我们'这种人'不仅被人看做坏人、不正常的人，平时还要把自己伪装好，不能跟家人和同事暴露自己，现在生病了也不能告诉医生自己是'这种人'，否则医生也不愿意接触。我后来在县疾控中心检测出自己感染了HIV后，就只在私人诊所看病，再也不愿意去医院领教那些医生的白眼和歧视！"

3．对已知HIV阳性病人提供诊疗服务时，进行隔离或不公平的区别对待。

在一些医疗机构中，对已知HIV阳性病人提供诊疗服务时，医务人员往往会忽略

了HIV阳性病人的感受，将他们与一般患者区别开来或进行隔离，为基本护理和患者所需服务设置障碍，拒绝照顾和护理感染者/病人，甚至采取一些不公平的区别对待。这既违背了希波克拉底的无伤害原则，也对艾滋病病毒感染者/病人及其家属造成了身心的负面影响，增加了病人的疾病负担和对心理支持的内在需求，有的甚至失去生活的信心。

案例4：XK，女，30多岁，2006年临产前在当地人民医院发现感染了HIV病毒，医生就让她转到妇幼保健院生产（那里正在开展母婴阻断）。转进妇幼保健院后，她被安排进了一个床位相对很空的病房，她一开始还有些庆幸，但后来她发现，“那些医生连病房都不敢进来呢。他们都是像这种的（做很厌恶、赶快走开的动作）。护士进病房时不仅戴着口罩，手套也是两双以上，全副武装的样子，从不帮整理病床，还说‘赶紧赶紧，你这些带病毒的血整在这点了，自己快点弄干净……’，反正人家就是害怕我们。我们带着病毒的就像是瘟神，在医院里，娃娃被隔离，病房是隔离，医生查病房时也不会像检查别的病房问这问那的，而是随便望望，有些敢都不敢进来，说这间病房是‘这种人住’的。” XK说，“剖腹产后第三天，娃娃生湿疹我心里害怕就去问医生。医生就说是我的病毒传染的，就是一句话，再问就不说，整得你心里认不得咋个整。医生说对我的娃娃进行了‘阻断’，但我心里还是很担心。我老公说，医生护士都害怕到这种地步，娃娃将来要真感染了怎么活？”

4．对HIV感染者的信息泄密。

在一些医疗机构中，医务人员有时会对HIV感染者的信息需要保密不以为然，甚至认为这是医务人员（无论临床或非临床的）都应该知道的。医护人员作为艾滋病咨询者和服务提供者，在没有征得艾滋病病毒感染者本人同意情况下将感染者信息泄密的歧视性行为，既是违法行为，也对感染者的生理、心理造成很大影响，导致感染者或疑似感染的人群不愿意、不敢主动地接受HIV检

案例5：LT，男，40多岁。20世纪80年代末期，LT因为做矿石生意发财后沾染了毒品，20世纪90年代初期开始注射吸毒。2002年，他开始感觉身体不断消瘦并剧烈咳嗽。听说周围有的朋友被查出感染了艾滋病，于是他也到当地人民医院要求检查。LT说，“在这之前我曾在戒毒所抽过好几次血检测，但他们都没有告诉我结果。这次身体很糟糕了我才想去医院查一下。那里的医生用很藐视的眼光上下打量了我后开出了检测单。由于长期吸毒，对人们的这种歧视眼光我已习以为常了，对检测结果也有一些心理准备。但没想到的是，当检验结果出来时，窗口的那个女医生大叫，‘某某，检测艾滋病的过来拿结果。’周围的病人都在用好奇、恐怖的眼光寻找‘检测艾滋病的’，我犹豫了，听到她们再次的呼唤后才鼓起勇气走过去拿结果。她们一看到我就窃窃私语起来，我看到结果是‘HIV＋号’，脑袋一片空白，耳边还断断续续听到‘吃4号、吸毒的、活该’之类的话。”LT说，“之前我对这个病没有什么了解，现在因为得这样的病被人公开耻笑就觉得是一种耻辱，如果能够选择的话，我宁可自己得癌症也不愿得这样的病”。



测，不愿意暴露病情。这不仅对感染者的身心健康有很大影响，也影响了艾滋病防治覆盖面的扩大，导致艾滋病更大范围的流行。

（童吉渝）

第二节　尊重和维护艾滋病病毒感染者／病人的合法权益

一　艾滋病病毒感染者／病人与健康相关的权利

（一）人权和健康权的基本定义与主要内容

1. 人权的定义与主要内容。

《世界人权宣言》第1条：人人生而自由，在尊严和权利上一律平等。他们应以兄弟关系的精神相对待。

《牛津法律大词典》：人权是要求维护或有时要求阐明那些在法律上受到承认和保护的权利，以便使每个人在个性、精神、道德和其他方面的独立获得最充分和最自由的发展。作为权利，它们被认为是与生俱来的个人理性、自由意志的产物，而不仅仅是实在法所授予的，也不能被实在法所剥夺或取消。

人权具有普遍性，是不可分割和相互依赖的，坚持非歧视原则。人权体系的主要支柱：自由、平等和休戚与共。以联合国《世界人权宣言》（1948年）为基础的《公民权利和政治权利国际公约》（1966年）、《经济、社会和文化权利公约》（1966年）和《消除对妇女一切形式歧视公约》（1979年）等，将人权分为两大类：

一类是公民权利与政治权利，主要包括：自由权、人身自由、言论和新闻自由、结社自由、信仰自由权、自由选举和担任公职权；平等权、法律平等保护权、婚姻自由平等权；安全权、生命和人身安全权、寻求庇护权；公正审判权、无罪推定权；隐私权；财产权、人格权，禁止歧视、禁止奴隶制、禁止酷刑和不人道待遇、禁止任意逮捕；自由迁徙和居住权、国籍权等。

另一类是经济、社会和文化权利，主要包括：工作权、教育权、健康权、同工同酬权、适当的生活水平权、休息权、社会保障权，母亲、儿童、老人、残疾人的特殊保护权、参加社会文化生活权等。

随着国际人权公约的类别划分和主要内容的不断完善，为各国公民充分享有各项人权提供了框架。形成权利的前提是承认个体不同的独自利益；权利的实现客观上要求在个体之间建立明显的边界。权利既是个人有权拥有和依法可实施的，也是现代法律/法治的基本范畴。因此，权利的特质意味着：法律上人人平等；权利要与义务相对应，平等的权利产生义务；义务是实现权利的保障。

2. 健康与健康权。

世界卫生组织1964年在《世界卫生组织章程》的导言中对“健康”有一个全面、清晰的定义：“健康是生理、心理和社会福利的完满状态，而不仅仅是指无疾病或非体弱的状态。”

《国际人权宣言》第25条："人人有权享有为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准，包括食物、衣着、住房、医疗和必要的社会服务……"

健康与人权之间存在着很多重要的联系。交叉的领域主要包括：歧视、暴力、酷刑、水、食物、住房、习俗和其他。

2000年，联合国对国际人权公约"缔约国义务"发布的解释性文件《一般性评论》（第14号）强调了健康权的实现依赖于其他人权的实现，主要包括：生命权、住房和工作的权利、受教育的权利、参与权、享受科学进步与应用带来的利益，寻求、获得和告知他人各种信息的自由，非歧视、禁止酷刑、结社、集会和迁徙的自由权。《一般性评论》还设定了四个标准来评价健康权：可获得性、可利用性、可接受性和服务的质量。

（二）艾滋病病毒感染者／病人与健康相关的主要权利与义务

1. 与艾滋病问题有关的人权原则。

2006年，联合国人权事务高级专员署、联合国艾滋病规划署发布了《艾滋病与国际人权问题准则》（以下简称"艾滋病人权准则"），其中，与艾滋病问题有关的人权原则主要有以下几方面：

◇ 不受歧视、得到平等保护和在法律面前平等的权利。
◇ 生命权。
◇ 享有能达到的最高身心健康标准的权利。
◇ 自由和人身安全的权利。
◇ 迁徙自由的权利。
◇ 寻求和得到庇护的权利。
◇ 隐私权。
◇ 言论自由及自由接受和传递信息的权利。
◇ 结社自由的权利。
◇ 工作权。
◇ 缔结婚姻和建立家庭的权利。
◇ 教育权。
◇ 适当生活水准的权利。
◇ 得到社会保险、援助和福利的权利。
◇ 分享科学进步成果的权利。
◇ 参与公共和文化生活的权利。
◇ 免受酷刑和残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚的权利。

2. 艾滋病病毒感染者/病人在艾滋病防治中的主要权利与义务。

上述与艾滋病问题有关的人权原则也是艾滋病病毒感染者／病人与健康相关的主要权利。权利的特质意味着"权利是他人所承担的责任与义务的对应形式"，艾滋病病毒感染者／病人的权利实现既有赖于政府及相关职能部门对责任与义务的承担，也有赖于艾滋病病毒感染者/病人在争取和获得权利的同时要履行个人应尽的义务。根据"艾滋病人权准则"和《中华人民共和国艾滋病防治条例》（以下简称



“防治条例”），艾滋病病毒感染者/病人在艾滋病防治中的主要权利与具体义务包括以下方面：

◇ 获得全面综合的艾滋病防治服务的权利。

《艾滋病人权准则》（准则3）中提出：政府应为艾滋病病毒感染者/病人提供艾滋病防治的全面综合服务，主要包括：提供相关的信息和教育，获得自愿咨询检测（提供检测前和检测后的咨询）、针对男性和女性的性病和生殖健康服务、安全套和药品治疗服务和清洁针具，以及对艾滋病相关疾病的治疗，包括疼痛预防。

《防治条例》从宣传教育、预防与控制、治疗与救助、保障措施等方面规定了“为保障人体健康和公共卫生”，各级政府与医疗机构等部门开展艾滋病防治服务的责任与义务。尤其是明确规定了医疗机构应当为艾滋病病毒感染者/病人提供防治咨询、诊断和治疗服务。艾滋病病毒感染者/病人要求救治的，医疗机构不得推诿和拒绝诊治。人口和计划生育部门应为艾滋病病毒感染者/病人免费提供安全套。公安、卫生、食品药品监督管理部门应当在批准的卫生医疗机构中推广吸毒人员社区药物维持治疗和清洁针具的使用等。

◇ 获得普遍可及的艾滋病预防、治疗、关怀和支持的权利。

公共卫生服务的可及、可获得性是衡量和评价健康权实现程度的主要标准之一，包括了运作中的公共健康和保健设施、物品、服务和程序，且在数量上都可获得。《艾滋病人权准则》（准则6）指出：预防、治疗、关怀和支持几种因素相互促进，共同构成有效应对艾滋病的连续统一体。各国政府要将艾滋病预防、治疗、关怀和支持普遍可及，这是尊重、保护和实现与健康相关的人权，包括享有能达到的最高健康标准权利的必然要求。

《防治条例》规定，国家建立健全检测网络、实行自愿咨询与检测制度；疾病预防机构按属地管理原则对感染者和病人进行医学随访；医疗机构为感染者和病人提供咨询、诊断和治疗服务；地方各级人民政府和政府有关部门组织开展艾滋病防治以及关怀和不歧视艾滋病病毒感染者、艾滋病病人及其家属的宣传教育，营造良好的社会环境；县以上人民政府和相关部门要对城乡经济困难的感染者、艾滋病病人及其家属开展“四免一关怀”的关怀救助等。

◇ 不受歧视的权利。

“非歧视”始终是国际人权框架体系最基本的原则，也是艾滋病病毒感染者/病人能否享有医疗保健平等权的前提。《艾滋病人权准则》（准则5）提出：应当颁布或加强反对歧视或其他保护性的法律，保护易感人群、艾滋病病毒感染者及残障人群在公共部门和私营部门免遭歧视。

《防治条例》的总则明确提出，任何单位和个人不得歧视艾滋病病毒感染者、艾滋病病人及其家属。艾滋病病毒感染者、艾滋病病人及其家属享有的婚姻、就业、就医、入学等合法权益受法律保护。

◇ 知情权与隐私权。

卫生保健部门在提供医疗与救治服务时，应得到艾滋病病毒感染者/病人的知情同意，他们有权利做出自己的决定。《艾滋病人权准则》（第五条和第六条）提出，要遵

循隐私、保密和伦理的原则。在未经授权的情况下，卫生保健和其他部门不得收集、使用或披露有关个人艾滋病病毒感染状况的信息，相关信息的使用必须得到知情同意。

《防治条例》第39条也明确提出，未经本人或者监护人同意，任何单位或者个人不得公开艾滋病病毒感染者、艾滋病病病人及其家属的姓名、住址、工作单位、肖像、病史资料以及其他可能推断出其具体身份的信息。

◇ 劳动权利。

“不歧视”是国际人权公约和国际劳动组织的一个基本原则，也是对艾滋病病毒携带者/病人的基本态度。人事部、卫生部颁布的《公务员录用体检通用标准（试行）》将艾滋病病毒携带者纳入公务员允许录用范围，规定艾滋病病毒携带者可以和健康人一样，通过公平竞争成为国家公务员。艾滋病病毒感染者在大多数情况下是可以正常工作的，即使在发病期，仍然可以从事一定的工作。保证艾滋病病毒携带者在健康状况允许的状况下工作，可以缓解社会压力，保持社会的稳定，更有利于艾滋病的防治。

◇ 艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的义务。

《防治条例》第38条明确提出，艾滋病病毒感染者和艾滋病病人不得以任何方式故意传播艾滋病，应当履行以下四项义务：

①接受疾病预防控制机构或者出入境检验检疫机构的流行病调查和指导。

②将感染或者发病的事实及时告知与其有性关系者。

③就医时，将感染或者发病的事实告知接诊医生。

④采取必要的防护措施，防止感染他人。

二　侵害艾滋病病毒感染者／病人权益的法律责任

我国《传染病防治法》和《艾滋病防治条例》，主要是针对各级政府和卫生医疗机构在预防和控制传染病工作中应履行的职责作出的行为规范，明确违反职责所应承担的法律责任。其中，涉及艾滋病病毒携带者/病人权益的法律责任主要是针对获得救治权和个人身份信息的保护权被侵害时所作出的具体规定。

（一）未及时救治的法律责任

责任主体包括各级人民政府、医疗卫生部门，疾病预防控制机构，以及主管人员等。责任形式包括由上级人民政府责令改正，通报批评；对负有责任的主管人员，针对不同身份和管理职责依法给予行政处分，或依法给予降级、撤职、开除的处分，并可以依法吊销有关机构或者责任人员的执业许可证件；构成犯罪的，依法追究刑事责任等。

采取艾滋病防治关怀、救助措施，是一项长期性的社会帮扶工作，具有行政给付的法律性质，被救助对象无需支付任何费用。如果有的地方政府或部门擅自收取费用，或拒绝给付的，当事人享有依法提起行政诉讼的权利。

（二）未履行保护个人身份信息的法律责任

1．医疗卫生机构。

《艾滋病防治条例》第56条规定，医疗卫生机构未经本人或者其监护人同意，公



开艾滋病病毒感染者/病人或者其家属的信息的，依照传染病防治法的规定予以处罚。《传染病防治法》第69条明确规定，医疗机构故意泄露传染病病人、病原携带者、疑似传染病病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料的，应承担相应的法律责任。责任形式包括由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正，通报批评，给予警告；造成传染病传播、流行或者其他严重后果的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除的处分，并可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

2. 疾病预防控制机构。

《传染病防治法》第68条同时规定了疾病预防控制机构故意泄露传染病病人、病原携带者、疑似传染病病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料所应承担的法律责任。具体为由县级以上人民政府卫生行政部门责令限期改正，通报批评，给予警告；对负有责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除的处分，并可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

3. 出入境检验检疫机构、计划生育技术服务机构或者其他单位、个人。

任何单位或者个人不得公开艾滋病病毒感染者/病人及其家属的姓名、住址、工作单位、肖像、病史资料以及其他可能推断出其具体身份的信息。未经本人或其监护人同意，公开艾滋病病毒感染者/病人或者其家属的信息的，由其上级主管部门责令改正，通报批评，给予警告，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；情节严重的，由原发证部门吊销有关机构或者责任人员的执业许可证。

三　减少和消除社会歧视与耻辱，维护艾滋病人合法权益的策略与建议

（一）减少和消除社会歧视与耻辱的策略

1. 以“尊重、保护和实现”艾滋病人的健康权为本。

健康权与艾滋病病毒感染者/病人生活的各个阶段和方面有着本质的联系，包括受教育，药物、食物和营养、性、婚姻家庭、社会和心理等方面。政府及相关部门履行人权的责任就是要致力于满足这些需求，使受艾滋病影响的群体和个人能获得健康并有尊严地生活。因此，尊重、保护和实现艾滋病人的健康权是减少和消除社会歧视与耻辱的最基本策略。

尊重艾滋病人的健康权，意味着政府及相关职能部门对确保艾滋病病毒感染者和病人享有最易获得的健康标准的义务要有一系列的承诺（包括审查和修改歧视性的政策制度、营造支持性环境等），不能干涉或违反艾滋病人的健康权。例如，任意推诿或拒绝向艾滋病病毒感染者/病人提供医疗保障，拒绝为男男性行为者提供规范的性病诊疗等。

保护艾滋病人的健康权，意味着政府必须防止任何机构、组织和个人以任何形式干涉或侵犯艾滋病病毒感染者/病人应享有的权利，如果发生侵权或损害要提供赔偿。例如，要防止发生艾滋病医院感染和医源性感染，对违反规定将未经艾滋病检测的血浆作为原料血浆投料生产的企业，政府必须监督和规范，并以某种形式对受害者进行补偿。

实现艾滋病人的健康权，意味着政府必须主动提供健康医疗途径，采用恰当的方法促进健康权的实现。如设立足够的定点医院服务于艾滋病病毒感染者/病人，而且这些医院应当提供符合艾滋病人需求的服务。政府应公布这些医院的地点、所提供的服务以及对其的要求。例如2012年11月媒体报道“肺癌患者小峰（化名）因感染HIV在求医时遭拒，转入第三所医院时私改病历隐瞒病情才使手术顺利进行”的事例后，卫生部发布了《关于加强艾滋病患者和病毒感染者医疗服务工作的通知》，要求“各地指定具备条件的医院承担艾滋病患者和病毒感染者的医疗服务工作，并将艾滋病定点医院名单向社会公布。”

2. 广泛开展反歧视、权利平等和防艾责任共担的宣传教育。

随着艾滋病流行范围的扩大，性传播已成为主要传播途径，更多的流动人口、妇女儿童已成为易感人群，因此，艾滋病防治不仅要提高大众的性病/艾滋病相关知识，还必须更广泛地开展反歧视、权利平等和防艾责任共担的宣传教育。

一方面，通过广泛开展反歧视、权利平等和防艾责任共担的宣传教育，改变公众对艾滋病病毒感染者/病人的观念与态度。每个人都应享有生命权、健康权、平等权和不受歧视；每个人都有权公平地获得预防感染的信息和手段，在感染发生时能获得医疗保健服务。每个人都有责任避免给他人带来感染危险；在社会、经济和性方面对他人拥有权利的人有更大的责任不将感染危险强加于他人；个人、家庭、社区和社会的所有组织都有责任参与到防治中，承担起个人、家庭或社会应尽的责任，减少和消除艾滋病社会歧视与耻辱。

另一方面，通过广泛开展反歧视、权利平等和防艾责任共担的宣传教育，鼓励和促进更多的艾滋病感染者/病人更大程度地参与到防治艾滋病活动中，增强艾滋病病毒感染者/病人的自我效能，加强与社会的沟通，消除刻板印象，不仅能使艾滋病感染者/病人减少自我歧视和耻辱，而且在与社会各界共同应对艾滋病歧视中，通过贡献自己的经验与智慧、树立自立自强的形象，能有效减少和消除社会歧视与偏见。

（二）减少和消除卫生保健领域艾滋病歧视与耻辱的建议

卫生保健领域的医护人员与艾滋病病毒感染者/病人的关系最密切，担负着为其提供咨询、检测、治疗和健康教育等任务，是防治艾滋病的中坚力量。因此，减少和消除卫生保健领域的艾滋病歧视与耻辱，使医务人员具备反歧视态度，既有利于提高医疗服务质量，又有利于艾滋病咨询、检测、治疗工作的开展，保护并实现艾滋病病人和公众的健康权。

1. 提供相关信息和培训，使医务人员获得处理艾滋病相关歧视问题的知识与技能。

卫生保健领域的医务人员应具备且持续更新专业知识和技能，包括更新艾滋病防治的相关知识与技能，还需要学习和了解国家和国际社会艾滋病防治的最新理念，改变艾滋病歧视性态度，尊重、保护和实现艾滋病病毒感染者/病人健康权，以提高综合医疗服务水平。社会心理学认为，“态度的形成是一个学习的过程，也受到主体因素（经验、知识、需求等）、环境因素（同伴、团体、社会文化等）影响”。因此，建议卫生保健机构应为医务人员，尤其是临床医务人员提供相关信息和能力建设培训，使医务人员转变观念与态度，获得处理艾滋病相关歧视问题的知识与技能，将实现艾



滋病病毒感染者/病人的健康权与公众健康作为自己的职责与义务，以患者为中心，不断提高医疗服务的质量。

2. 对推诿或拒绝诊治感染者/病人的医疗机构和人员依法严肃处理。

根据国家的相关法律法规和卫生保健行业的职业规范，在卫生保健领域从业的医务人员，有责任和义务为艾滋病病毒感染者/病人提供咨询、诊断和治疗服务；有义务避免把个人的信念、价值观和态度带入工作中，致使患者不能享有优质服务。在实际工作中，由于对违反《中华人民共和国艾滋病防治条例》，推诿或者拒绝诊治感染者/病人的医疗机构和人员的行为缺乏处罚或处罚不力，导致医务人员对感染者/病人的艾滋病歧视性态度和行为一再发生，甚至演变成机构化的制度性歧视。因此，建议卫生保健部门对医务人员的艾滋病歧视行为依法严肃处理。在国家未出台具体的惩处规定时，各个医疗机构可以通过制定部门规章制度的方式予以严肃处理。

3. 制定并完善职业暴露的相关政策和制度，切实保障艾滋病防治一线医务人员的安全。

在治疗艾滋病的过程中，医务人员有一定的职业暴露风险，虽然《艾滋病防治条例》也明确提出，要组织开展艾滋病防治培训、采取卫生防护措施和医疗保健措施以及遵守标准防护原则，防止职业行为中的艾滋病感染。但总体而言，目前卫生保健部门仍缺乏对医务人员职业暴露的培训，在提高保护意识、创造诊疗条件，保障接触、救治病人的医务人员自身安全，免除医务人员职业暴露的后顾之忧等方面还没有建立相关的政策和制度。建议逐步制定和完善职业暴露的相关政策和制度，将职业暴露列入职业病，完善设备、设施和技术，建立对手术器械操作人员的补偿机制，提高相关医务人员风险暴露的待遇等，切实保障艾滋病防治一线医务人员的安全，以利于减少和消除卫生保健领域的艾滋病歧视与耻辱。

（童吉渝　邓虹）

参考文献：

1. Brow L，Trujillo L，Maeintyre K. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what we leaned [J] AIDS Education and Prevention,2003,15(1):49~69.

2. 安东尼·吉登斯.社会学（第四版），赵旭东等译，北京：北京大学出版社，2003

3. 戴维·波谱诺.社会学（第十版），李强等译，北京：中国人民大学出版社，1999

4. UNAIDS.识别HIV/AIDS相关歧视草案，2000

5. 邵道生.中国大百科全书.社会学，北京：中国大百科全书出版社，1991

6. 翁乃群.艾滋病的社会文化建构，北京：中国社会学网，2001

7.童吉渝、孙瑞等.“云南中英性病艾滋病防治国际合作项目”、“云南全球基金艾滋病防治项目”定性访谈资料（内部），2005，2007

8.李燕、陆林主编.艾滋病与药物滥用，昆明：云南人民出版社，2010

9. “人的安全网络” 组织编写.人权教育手册，李保东译，北京：生活、读书、新知三联书店

10. 冯坚、顾群.社会心理学，广州：暨南大学出版社，2004

11. 候玉波.社会心理学，北京：北京大学出版社，2002

12. 中华人民共和国国务院令第457号.中华人民共和国艾滋病防治条例，2006

13. 联合国人权事务高级专员署和联合国艾滋病规划署.艾滋病与人权问题的国际准则，2006

14. Mark Cichocki, R.N.， “Are HIV Positive People Disabled People?” , former About.com Guide，Updated July 16, 2009.

15. 李绍章.防治艾滋病应走法治化道路.法治研究，2004年4期

16. The Americans with Disabilities Act (ADA)于1990年通过，1992年生效

17. 李绍章.HIV感染者和AIDS病人权利“特殊性”管见，详见北大法律信息网“李绍章”作品集

思考题：

1. 你是如何看待艾滋病病毒感染者和病人的？

2. 艾滋病相关的社会歧视与耻辱产生的原因有哪些？

3. 你认为，应该怎样做才可以减少和消除卫生保健领域的艾滋病歧视与耻辱，维护艾滋病人的合法权益？

4. 如何建立和完善对艾滋病患者和携带者的法律保护？



附录一　艾滋病预防与控制的相关法律、法规及政策

1. 《中华人民共和国传染病防治法》：由中华人民共和国第十届全国人民代表大会常务委员会第十一次会议于2004年8月28日修订通过，自2004年12月1日起施行。是艾滋病管理工作中的重要法律依据。规定艾滋病属乙类管理传染病。艾滋病病人和艾滋病病毒感染者应对社会承担义务和责任，《中华人民共和国传染病防治法》已由中华人民共和国第十届全国人民代表大会常务委员会第十一次会议于2004年8月28日修订通过，现将修订后的《中华人民共和国传染病防治法》公布，自2004年12月1日起施行。医疗或卫生防疫机构的医学指导，积极采取有效措施，防止艾滋病病毒的传播、扩散，避免危害其他人。

http://www.law~lib.com/law/law_view.asp?id=86441

2. 《中华人民共和国献血法》：1998年10月1日正式施行。要求实行全民无偿献血，进一步加强采供血机构和血液制品生产单位的治理整顿，严厉打击非法采供血活动，切实落实对供血（浆）者和血液制品的检测及监测措施。

……第二条　国家实行无偿献血制度。

第十条　血站采集血液必须严格遵守有关操作规程和制度，采血必须由具有资格的医务人员进行，一次性采血器材用后必须销毁，确保献血者的健康。

http://www.gov.cn/banshi/2005~08/01/content_18963.htm

3. 《中华人民共和国禁毒法》：2007年12月29日，十届全国人大常委会第三十一次会议审议通过了《禁毒法》，并于2008年6月1日起施行。这是为应对毒品违法犯罪形势、适应禁毒工作发展需要，在总结多年来禁毒斗争实践经验、吸收国内外已有法律规定、广泛听取各方意见的基础上，制定的第一部全面规范中国禁毒工作的重要法律，是指导中国禁毒工作的基本法。它的颁布实施，进一步彰显了中国政府厉行禁毒的一贯立场和坚定决心，完善了中国预防和惩治毒品违法犯罪的法律体系，对于依法全面推进中国禁毒事业具有重要意义，是中国禁毒史上的重要里程碑。

http://www.gzga.gov.cn/html/zhuantilanmu/jindurenminzhanzheng/jinduzhengc/2009/0722/48.html

4. 《关于艾滋病病毒感染者和艾滋病病人管理的意见》：2004年9月13日卫生部颁布。通知明确了艾滋病病毒感染者和病人管理的原则、方式和措施，明确了感染者和病人的权利和义务，使政策性很强的艾滋病管理工作有法可依。

艾滋病病毒感染者和艾滋病病人及其家属不受歧视，他们享有公民依法享有的权利和社会福利。不能剥夺艾滋病病毒感染者工作、学习、享受医疗保健和参加社会活动的权利，也不剥夺其子女入托、入学、就业等权利。

艾滋病病毒感染者和艾滋病人应对社会承担义务和责任……到医疗机构就诊时应主动向医务人员说明自身的感染情况，防止将病毒传播给他人。……对明知自己是艾滋病病毒感染者／艾滋病病人而故意感染他人者，应依法追究其法律责任 。

http://www.ngocn.org/?action~viewnews~itemid~248

5. 《中国预防控制艾滋病中长期规划》（1998~2010年）：1998年10月，卫生部、国家计委、科技部和财政部下发。

……到2002年，普通高等学校和中等职业学校新生入学预防艾滋病／性病健康教育处方发放率达100%；普通初级中学要将艾滋病／性病预防知识纳入健康教育课程，各直辖市、省会城市、计划单列市的学校开课率为100%，县（市）和以上学校的开课率为85%以上，乡（镇）或以下学校的开课率为70%以上……

http://www.chinabaike.com/law/zy/xz/gwy/1333371.html

6. 《中国遏制与防治艾滋病行动计划》：2006年3月10日……为巩固成效，进一步推动防治工作的深入开展，切实维护广大人民群众身体健康，特制定《中国遏制与防治艾滋病行动计划（2006~2010年）》

http://www.gov.cn/zwgk/2006~03/10/content_224306.htm

7. 《艾滋病防治条例》：规定了各级政府防治艾滋病的责任，并明确了艾滋病感染者和艾滋病病人的权利和义务。 该条例分为“总则”、“宣传教育”、“预防与控制”、“治疗与救助”、“保障措施”、“法律责任”、“附则”七章。

http://www.kmws.gov.cn/zhengcefagui/yiliaofagui/yiliaojigoujianduguanlibufenxingzhengfaguijijieshi/2008~10~07/725.html

8. 《最高人民法院、最高人民检察院关于办理非法采供血液等刑事案件具体应用法律若干问题的解释》

http://www.chinacourt.org/flwk/show.php?file_id=130073

9. 《娱乐场所管理条例》

http://www.hangzhou.com.cn/20090311/ca1672382.htm

10. 《云南省艾滋病防治条例》

http://www.yn.gov.cn/yunnan,china/72908646102597632/20070227/1145959.html

11. 《云南省艾滋病患者遗孤、困难家庭生活、教育救助办法（试行）》

http://www.dalihiv.cn/html/7/0/308/1.htm

12. 《关于艾滋病毒/艾滋病问题的承诺宣言》

http://www.un.org/chinese/events/HIV/declaration.html

13. 《艾滋病、法律和人权立法者手册》

14. 《就艾滋病对人类、经济和社会的破坏性影响而采取的行动》

http://www.asiacatalyst.org/UNAIDS_IPU_Legislators_Handbook_zh.doc

15. 《艾滋病与人权问题国际准则》

http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelines_ch.pdf

16. 《联合国千年宣言》

http://www.un.org/chinese/hr/issue/docs/7.PDF

17. 《减少艾滋病相关羞辱与歧视》

http://www.unaids.org.cn/uploadfiles/20081023182122.pdf

（李　洪）



附录二 英汉名词对照表

（按英文字母顺序排列）

A

Abacavir，ABC	阿巴卡韦
abstinence	节制
abuse	滥用
Acquired Immure Deficiency Syndrome, AIDS	艾滋病，获得性免疫缺陷综合征
acute retroviral syndnome，ARS	急性逆转录病毒综合征
advocacy	倡导
AIDS Related Virus，ARV AIDS	相关病毒
AIDS-related complex，ARC,	AIDS 相关综合征
alcohol	酒精
amphetamine	苯丙胺
amphetamine-type stimulants, ATS	苯丙胺类兴奋剂
antenatal care	产前保健
antiretroviral prophylaxis，ARP	抗逆转录病毒预防
antiretroviral therapy，ART	抗逆转录病毒治疗
Antiretrovirus，ARV	抗逆转录病毒药物
arbitrary discrimination	无端歧视
audience	受传者

B

baby friendly hospital initiate，BFHI	爱婴医院
befaithful	忠诚
behavior change communication，BCC	行为改变交流
behavior change intervention，BCI	行为改变干预
behavior	行为
behavioral intervention	行为干预
brain storming	头脑风暴
buprenornhine	丁丙诺啡

C

cannabis，marijuana	大麻

case study 案例研究
Center for Disease Control and Prevention, CDC 疾病预防控制中心
client 嫖客
communication 传播
communicator 传播者
community development 社区发展
community 社区
concentrated epidemic 集中流行
condom 安全套
condoms social marketing 安全套的社会市场营销
confidentiality, counseling, informed consent，3C 保密、咨询和知情同意，“3C”原则
cytotoxic T lymphocyte，CTL 细胞毒性T淋巴细胞

D

dependence 依赖
depressants 中枢神经系统抑制剂
Didanosine ddI 去羟肌苷
discrimination 歧视
display 示范
drug 药物

E

enacted stigma 实际的耻辱/偏见
enzyme-linked immunosorbent assay，ELISA 酶联免疫吸附试验
ephedrine 3,4-亚甲二氧基苯丙胺、麻黄素

F

felt/perceived stigma 感受到的耻辱/偏见
female sex worker, FSW 女性性工作者
formula feeding 人工喂养

G

gate-keeper 守门人
gay 男同性恋者
gender aware 社会性别意识
gender discrimination 社会性别歧视
gender equality 社会性别平等
gender fair 社会性别公正

gender mainstreaming	社会性别主流化
gender	社会性别
generalized epidemic	广泛流行
group discussion	小组讨论

H

hallucinogen	致幻剂
harm reduction，harm minimization，risk reduction	减少伤害，减少危害
health education	健康教育
hepatitis B virus，HBV	乙型肝炎病毒
hepatitis C virus，HCV	丙型肝炎病毒
heroin，diacetylmorphine	海洛因
highly active antiretroviral therapy，HAART	高效抗逆转录病毒疗法
HIV voluntary counseling and testing，VCT	艾滋病自愿咨询检测
hospicecare	临终关怀
human immunodeficiency virus，HIV	人免疫缺陷病毒，艾滋病病毒

I

immune reconstrution inflammatory syndrome，IRIS	免疫重建综合征
Indinavir, IDV	茚地那韦
Information	信息
information, education and communication，IEC	信息教育交流
inject drug users，IDUs	静脉注射吸毒者
integrase	整合酶
intravenous drug user，IDU	静脉药瘾者，静脉吸毒者

K

Ketamine	氯胺酮

L

Lamividine，3TC	拉米夫啶
linear immuno assay，LIA	条带免疫试验
Lopinavir/Ritonavir，LPV/RTV	克力芝

M

macrophage（M）-tropic	嗜M（巨噬细胞）型
mass media	大众传媒
maternal and child health, MCH	妇幼保健

matrix	基质蛋白
MDMA，ecstasy	摇头丸
men who have sex with men, MSM	男男性行为人群
methadone maintenance therapy，MMT,	美沙酮维持治疗
Methadone	美沙酮
Methamphetamine	甲基苯丙胺
money boy, MB	男性卖淫者
mononucleosis-like illness，MLI	单核细胞增多症样疾病
Morphine	吗啡
mother to child transmission of HIV，MTCT	艾滋病母婴传播

N

neopterin, Np	新喋呤
Nevirapine，NVP	奈韦拉平
New types drug	新型毒品
nicotine	尼古丁
non- nucleoside analog reverse transcriptaseinhibitor, NNRTI	非核苷类逆转录酶抑制剂
Non-Governmental Organization，NGO	非政府组织
nucleoside analog reverse transcriptaseinhibitor, NRTI	核苷类逆转录酶抑制剂

O

opiates	阿片类物质
opium	鸦片
opportunistic Infections，OI	机会性感染
out-reach service	外展服务

P

participatory training	参与式培训
particle agglutination, PA	颗粒凝集试验
peer education	同伴教育
peripheral blood mononuclear cell, PBMC	外周血单个核细胞
persistent eneralized lymphadenopathy, PGL	持续性全身淋巴结肿大
phytohaemagglutinin, PHA	植物血凝素
poeple living with HIV/AIDS，PLWHA	艾滋病病毒感染者，艾滋病患者
polymerase chain reaction，PCR	聚合酶链反应
post exposure prophylaxis, PEP	暴露后预防性用药
postpartum care	产后保健
pre-test	预试验

prevention of mother to child transmission of HIV，PMTCT 预防艾滋病母婴传播
protease inhibitor，PI 蛋白酶抑制剂
protease 蛋白酶
provider initiated HIV testing and counseling，PITC 医务人员主动提供艾滋病检测咨询
psychoactive substances 精神活性物质
psychostimulants 精神兴奋剂

R

radiation immuno precipitation assay, RIPA 放射免疫沉淀试验
rapid test 快速试验
real–time amplification assay 实时扩增分析
regulator of expression of virion protein 病毒体蛋白表达调节因子
remand reduction 减少需求
retroviridae 逆转录病毒科
retroviruses 逆转录病毒
reverse transcriptase 逆转录酶
role play 角色扮演

S

safe delivery practice 安全分娩
sexually transmitted disease，STD 性传播疾病
social education 社会教育
social learning theory, SLT 社会学习理论
social mobilization 社会动员
solvents 挥发性溶剂
Stavudine, d4T 司他夫啶
Stigma 耻辱
stimulants 中枢神经系统兴奋剂
Suboxone 赛宝松
substances 物质
supply reduction 减少供应
susceptibility 易感性
syncytium inducing，SI 合胞体诱导型

T

T cell （T）–tropic 嗜T型
Tenofovir， TDF 替诺福韦
therapeutic community，TC 治疗集体

tobaccos	烟草
tolerance	耐受性
Trizivir	三协唯

U

United Nations Joint AIDS Programme，UNAIDS	联合国艾滋病规划署

V

viral load ,VL	病毒载量
vulnerability	脆弱性

W

western blot, WB	免疫印迹试验
withdrawal state	戒断状态
World Health Organization，WHO	世界卫生组织

Z

Zidovudine，AZT，ZDV	齐多夫啶

[General Information]
书名=艾滋病与药物滥用
作者=李燕，陆林主编；李建华，张建萍，贾曼红副主编
页数=289
SS号=13575933
DX号=
出版日期=2014.02
出版社=云南人民出版社